



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사 학위논문

도시 재가 여성독거노인의
건강수준과 생활만족도

2013년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
강 경 희

도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도

지도교수 윤순녕

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함

2012년 10월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

강 경 희

강경희의 간호학석사 학위논문을 인준함

2012년 12월

위 원 장

이 인숙



부위원장

송미순



위 원

윤순녕



국문 초록

본 연구는 도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도를 파악하고 여성독거노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 변인들을 확인하는 서술적 조사연구이다. 연구결과는 도시 재가 여성독거노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 기초자료를 제공하는데 목적이 있다.

연구 대상자는 서울시 S구 5개동에 거주하는 65세 이상 여성독거노인을 편의추출 하였으며, 대상자는 총 131명이었다. 자료수집기간은 2011년 7월 25일부터 2011년 9월 2일까지이며 구조화된 설문지를 토대로 면접조사를 시행하였다.

독립변수인 사회적 지지와 건강행위는 각각 K-MOS-SSS(임민경, 2002), 노인의 건강행위 측정도구(구미옥 등, 2003)를 사용하였다. 종속변수는 최성재(1986)의 노인생활만족도 척도, 건강수준은 KoHSME V1.0(신호철 등, 2002), 통증정도는 시각상사척도, 외로움은 Korean Version of the Revised UCLA Loneliness Scale(김옥수, 1997), 우울은 K-GDS Short Form(기백석, 1996)을 사용하였다. 수집된 자료는 서술적 통계, t-test, ANOVA, ANCOVA, 상관관계 분석, 다중회귀분석을 실시하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 건강수준은 신체적 기능, 통증, 외로움, 우울로 측정하였다. 신체적 기능은 55.2점으로 중간보다 약간 낮았으며 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 연령, 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적 지지, 건강행위와 정 상관관계가 있었다. 통증은 총 10점 중 5.4점으로 중간이상의 통증 정도를 호소하였고, 주관적 경제수준에 따라 차이가 있었다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적 지지, 건강행위와 낮은 역 상관관계가 있었다. 외로움은 총 49.6점으로 중등도의 외로움을 나타내었고, 평균수입, 주

관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적 지지, 건강행위와 중간이상의 역 상관관계가 있었다.

우울은 총 9.5점으로 중간이상의 우울을 나타내었고, 평균수입, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 차이가 있었다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적지지, 건강행위와 역 상관관계가 있었다.

2. 생활만족도는 총 46.7점으로 중간정도의 만족도를 나타내었고, 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적지지, 건강행위, 신체적 기능과 정 상관관계가 있었고, 통증, 외로움, 우울과는 역 상관관계를 보였다.
3. 회귀분석을 통한 도시 재가 여성독거노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인은 외로움, 우울, 주관적 경제수준, 여가활동 형태이며, 이 변수들의 설명력은 73%였다. 즉 여성독거노인의 생활만족도는 외로움과 우울이 낮을수록, 주관적 경제수준이 높을수록, 여가활동을 하지 않는 군보다는 노인여가복지시설에서 여가활동을 하는 군에서 생활만족도가 높았다.

결론적으로 경제수준은 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인임을 확인하였고, 평균소득이 최저생계비 이하인 여성독거노인을 위한 건강관리 프로그램 및 일정수준의 경제적 수준을 확보할 수 있는 일자리 창출과 경제적 지원방안을 강구할 필요가 있다.

노인여가복지시설에서의 여가활동이 건강수준과 생활만족도에 유의한 영향을 준다는 것을 확인하였다. 향 후 지역사회 건강프로그램 활성화와 간호중재 개입이 필요할 것으로 사료된다.

주요어 : 여성독거노인, 건강수준, 생활만족도

학 번 : 2005-20572

목 차

국문초록	i
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	4
3. 용어의 정의	4
4. 연구의 제한점	6
II. 문헌고찰	7
1. 재가 여성독거노인	7
2. 건강수준	10
3. 생활만족도	18
4. 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치는 요인	20
III. 개념적 기틀	28
IV. 연구 방법	29
1. 연구 설계	29
2. 연구 대상	29
3. 연구 도구	30
4. 자료 수집 방법	33
5. 자료 분석 방법	34

V. 연구 결과	35
1. 연구대상자의 특성	35
2. 건강수준과 생활만족도	39
3. 인구사회학적 특성에 따른 건강수준과 생활만족도의 차이	40
4. 주요 변수들과 건강수준, 생활만족도간의 상관관계	48
5. 생활만족도에 영향을 미치는 요인	50
VI. 논의	52
1. 도시 재가 여성독거노인의 건강수준	52
2. 도시 재가 여성독거노인의 생활만족도	55
3. 연구의 제한점 및 의의	58
VII. 결론 및 제언	60
1. 결론	60
2. 제언	62
참고문헌	64
부 록	73
Abstract	84

List of Tables

Table 1. General characteristics of subjects	36
Table 2. Social support and health behavior	38
Table 3. Health status and life satisfaction	39
Table 4. Difference of health status according to socio-demographic characteristics	44
Table 5. Difference of life satisfaction according to socio-demographic characteristics	46
Table 6. Difference of life satisfaction according to level of education	47
Table 7. Correlations among major variables, health status and life satisfaction	49
Table 8. Regression of life satisfaction	51

List of Figure

Figure 1. Conceptual Framwork	28
-------------------------------------	----

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대 사회는 세계적으로 고령화 사회로 가고 있으며, 우리나라도 노인 인구의 평균 수명이 연장됨에 따라 2011년 현재 전체인구 중 65세 이상 노인 인구가 전 인구의 11.3%를 차지해 이미 고령화 사회로 진입했으며, 2018년에는 14.3%로 고령사회에 진입할 것으로 전망되고 있다. 또한 노인부양비는 2018년에는 19.7%로 증가하여 생산인력 인구 약 5명이 1명의 노인을 부양하는 수준이 될 것으로 예측되고 있다(통계청, 2005). 고령화는 우리나라 산업구조의 전반적인 변화, 핵가족화, 노인부양 기피 현상, 남녀 수명 차이 등의 요인과 맞물리면서 사회문제의 하나로 대두되고 있다.

그 중에서도 특히 65세 이상 노인 단독 가구가 전체 1인 가구에서 차지하는 비율이 2000년 24%에서 2010년 25.4%, 2020년 29.7%, 2035년 45.0%로 증가하여 2020년 이후에는 급격하게 증가하게 될 전망이다(통계청, 2010). 통계청 발표에 따르면 2020년에는 우리나라 전체 가구의 8.8%가 65세 이상 독거노인가구가 되면서 독거노인문제가 심각한 사회문제가 될 전망이다(통계청, 2010). 독거노인의 수는 노인수명의 연장, 전통적인 가치관과 가족구조의 변화, 여성 취업의 증가 등 사회·문화적 변화로 인해 계속 늘어날 전망이다(한국보건사회연구원, 2005), 독거노인의 수의 증가와 이들의 건강문제는 국가와 사회의 부담으로 이어질 것으로 예상된다.

65세 이상 전체 독거노인 중 남성독거노인이 20.3%이며 여성독거노인은 79.7%를 차지하고 있다(통계청, 2010). 여성독거노인은 남성독거노인보다 연령이 높고, 교육의 정도가 현저히 낮고, 건강상태가 매우 취약하며, 경제적인 어려움이 많은 것으로 나타났다(한국보건사회연구원, 2012).

노인에게 있어 건강은 행복하고 바람직한 삶을 유지하는데 가장 기본적인 필수적인 요소이다. 이러한 관점으로 노화과정에 대한 인식이 바뀌어 감에 따라 노년기에 발생하는 신체적, 심리적, 사회적 변화에 대해 어떻게

성공적으로 적응하여 노후를 건강하고 만족하게 보낼 수 있는가에 관심이 모아지고 있는데 이것은 생활만족의 문제라고 할 수 있다(이광수, 2004). 생활만족도는 생활전반에 걸쳐 느끼는 한 개인의 주관적인 감정에 대한 판단 혹은 자신의 기대에 대한 충족으로, 한 개인이 노화되어 가는 현실에 적응하여 얻을 수 있는 성공적인 노화의 개념과 직결되는 중요한 요소이다(Monica, 1997). 생활만족도에 대한 연구가 한 개인의 복합적 감정을 알아볼 수 있을 뿐 아니라 전체적인 노인문제를 해결하는데 있어 중요한 출발점이 될 수 있다(박충선, 1998).

노인은 노화와 더불어 건강 문제들이 다양하게 나타나는 특성을 지니며 노화의 정도에 따라 신체 기능의 저하 및 장애와 기능 상실 등의 신체적 문제가 나타나며, 여가시간과 역할 상실, 수입절감, 건강악화, 사회적·심리적 고립과 소외 등으로 정서적, 사회적 문제가 발생한다(이영석, 1996). 노년기에 있어서 혼자 생활하는 것은 주변 환경으로부터 고립되기 쉬우며, 이때 가장 중요시 되는 것은 일상적 활동을 수행할 수 있는 건강이다(Worobey & Angel, 1990).

독거노인 관련 연구는 도시의 경우 이웃 간의 단절로 독거노인 대상자 파악이 어렵기 때문에, 농촌지역 보건지소를 이용 중인 독거노인과 가족동거노인의 비교(유광주와 박현선, 2003), 지역사회노인복지관 서비스 이용 노인(김기태와 박봉길, 2000), 도시지역 저소득 독거노인(안미향, 2005)과 같이 일부 독거노인만을 대상으로 수행하여 도시에 거주하는 다양한 인구사회학적 특성을 가진 독거노인의 건강수준과 생활만족도를 파악하는 연구는 찾아보기 어렵다. 이에 도시지역 여성독거노인의 건강 또는 생활만족도에 영향을 미치는 인구사회학적 특성을 파악하는 연구가 필요하다.

또한 건강을 다룬 연구를 보면 노인이 지각한 사회적 지지와 정신건강(신민아, 2000), 주관적 건강평가, 신체적 기능, 우울을 평가하여 건강행위, 삶의 만족도와 비교(박혜숙과 이금재, 2007; 신경림과 김정선, 2004)한 연구가 주를 이룬다.

생활만족도와 관련된 연구를 보면 가족, 가까운 친척, 친구와 생활만족도

(Şener, Oztop, Döan, & Guven, 2008), 한국 이민노인의 종교, 사회적 지지와 생활만족도(Park, Roh, & Yeo, 2012), 노인의 사회적 지지, 자아존중감, 생활만족도(송연수, 2002), 독거노인의 생활만족도와 사회지지망(김기태와 박봉길, 2000), 재가노인의 건강증진 행위, 생활만족도 및 자아존중감과의 관계(최연희와 박경신, 2002), 사회적 지지(김명희, 2005; 박미선, 2001; 옥진미, 2002; 장숙희, 2006), 자아존중감(김명희, 2005; 신혜숙, 2001), 배우자 유·무와 생활만족도 연구(신혜숙, 2001)가 있다.

건강수준과 생활만족도 관련연구는 노인의 생활만족도와 외로움 결정요인(Koc, 2010), 경제적 취약노인의 우울과 생활만족도 영향요인(Rogers, 1999), 지각한 건강, 사회적지지와 생활만족도(Kim & Sok, 2012)와 주관적 건강평가나 신체적 기능, 우울을 평가하여 건강행위, 삶의 만족도와 비교(김연경, 박경민과 김정남, 2008; 박혜숙과 이금재, 2007; 신경림과 김정선, 2004), 우울, 일상생활수행능력, 주관적 건강상태 등과 관련된 다양한 연구들이 이루어졌지만 건강을 다차원적으로 평가하여 생활만족도와의 관계를 다룬 연구는 많이 이루어지지 않았다.

이에 생활만족도와 밀접한 관계에 있는 건강을 다차원적으로 측정하여 생활만족도와 관계를 파악하고 관련 변인을 밝히는데 제한점이 있었다고 본다.

따라서 본 연구는 사회적, 경제적 그리고 건강상의 측면에서 열악한 위치에 있는 재가 여성독거노인을 대상으로 건강수준과 생활만족도를 측정하고, 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하여 재가 여성독거노인의 지역사회 내 생활적응을 높이고, 건강한 삶, 만족하는 삶을 살아 갈 수 있도록 하기위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도를 파악하고 이들에 직·간접적으로 영향을 미치는 요인들을 규명함으로써 여성독거노인의 삶의 질을 증진시키기 위한 기초자료를 마련하는 데 있다. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 재가 여성독거노인의 건강수준, 생활만족도를 파악한다.
- 2) 재가 여성독거노인의 건강수준, 생활만족도의 여러 요인들에 따른 차이를 파악한다.
- 3) 재가 여성독거노인의 생활만족도를 설명하는 여러 요인들을 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 재가 여성독거노인

가구 구성원이 한 명이며, 노인 본인 이외에 배우자, 자녀 및 친족, 비 친족 등 실제로 동거하는 사람이 없는 65세 이상의 노인으로서 시설이 아닌 일반 가정에 거주하는 노인 단독세대를 말한다.

2) 건강수준(Health status)

노인에게 건강은 신체적, 정신적, 사회적 기능의 균형을 유지하면서 변화된 환경에 적응해 나가는 것을 의미하며 여기서는 건강수준을 신체적 기능, 통증, 외로움, 우울로 측정한 값으로 설명한다.

(1) 신체적 기능

신체적 독립 상태를 유지하고 일상생활을 기능적으로 영위해 나가는 것

을 의미한다(Katz et al., 1970). 본 연구에서는 신호철 등(2002)이 개발한 한국형 노인 건강상태 평가 도구의 신체적 기능 평가항목으로 측정한 값을 말하며 점수가 높을수록 신체적 기능이 좋음을 의미한다.

(2) 통증

자신이 느끼는 통증의 정도로 시각상사척도(visual analogue scale: VAS)로 측정한 점수를 의미한다.

(3) 외로움

개인의 사회적 관계망이 양적이나 질적으로 그 개인이 기대하는 것보다 부족할 때 발생하는 불유쾌한 경험이다(Peplau & Perlman, 1982). 본 연구에서는 Russell, Peplau와 Cutrona(1980)가 개발한 Revised UCLA Loneliness Scale을 김옥수(1997)가 번안한 도구로 측정한 값을 말하고 점수가 높을수록 외로움 정도가 높음을 의미한다.

(4) 우울

기분이 저조하거나 울적한 정서 상태로(기백석, 1996), 본 연구에서는 Sheikh와 Yesavage(1986)이 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale) 단축형을 기백석(1996)이 표준화 한 한국판 노인 우울척도 단축형 도구로 측정한 점수를 의미하며 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다.

3) 생활만족도

자신의 삶을 주관적인 기준에서 인식한 삶의 만족도로(최성재, 1986), 본 연구에서는 최성재(1986)가 개발한 노인의 삶의 만족 측정 도구로 측정한 값을 말한다. 점수가 높을수록 생활만족도가 높음을 의미한다.

4) 건강행위

노인의 건강상태와 기능적 독립성을 향상시키고, 질병과 기능장애를 예방하기 위해 수행하는 행위로서, 본 연구에서는 구미옥 등(2003)이 개발한 노인의 건강행위 측정도구로 측정한 값을 말한다. 점수가 높을수록 건강행위가 좋음을 의미한다.

4. 연구의 제한점

본 연구대상자는 서울시 S구에 거주하는 노인으로 한정되어 있고 또한 비확률 임의표집방법에 의해 선정되어 연구결과를 도시 전체 재가 여성독거노인으로 일반화시키기 어렵다.

II. 문헌고찰

1. 재가 여성독거노인

1) 독거노인 현황

평균수명의 증가는 노인인구의 급격한 증가로 이어졌다. 1970년도에는 100만 명에도 미치지 못하던 65세의 노인이 지속적으로 증가하여 2010년에는 지난 40여년 동안 노인인구 절대수의 5배 이상 증가하였다. 또한 노인인구의 증가는 전체인구에서 차지하는 상대적 비율의 증가로 이어져 2010년 현재 11.0%, 2020년에는 15.6%, 그리고 2050년에는 38% 수준에 이를 것으로 전망되어 노인인구의 비율이 빠르게 증가할 것으로 예측되고 있다.

노년층의 증가와 더불어 노년기의 확대라는 차원에서 노령화 과정의 진전은 노인인구의 삶에 있어서 경제적 곤궁, 신체적 질병, 자녀독립 등으로 인한 고독과 소외, 사회부적응 등 많은 문제를 야기하여 심각한 사회문제로 대두되고 있다(조경옥, 2002).

그 중에서도 특히 65세 이상 노인 단독 가구가 전체 1인 가구에서 차지하는 비율이 2000년 24%에서 2010년 25.4%, 2020년 29.7%, 2035년 45.0%로 증가하여 2020년 이후에는 급격하게 증가하게 될 전망이다(통계청, 2010). 통계청 발표에 따르면 2020년에는 우리나라 전체 가구의 8.8%가 65세 이상 독거노인가구가 되면서 독거노인문제가 심각한 사회문제가 될 전망이다(통계청, 2010). 독거노인의 증가율이 전체 노인인구의 증가율보다 빠르게 진행되고 있어, 독거 노인인구가 예외적이고 일시적인 현상으로서가 아닌 일반적인 노년기 가구형태의 하나로서 전환되어간다는 점을 주목해야 할 뿐 아니라, 독거노인의 수는 노인수명의 연장, 전통적인 가치관과 가족구조의 변화, 여성 취업의 증가 등 사회·문화적 변화로 인해 계속 늘어날 전망이다(한국보건사회연구원, 2005), 독거노인의 수의 증가와 이들의 건강문제는 국가와 사회의 부담으로 이어질 것으로 예상된다.

독거노인은 노부모 및 자녀세대의 가치관 변화, 가족 구성원간의 개별화 경향 및 가족관계의 변화 등의 여러 요인으로 빠르게 증가되고 있으며 노부부끼리만 살고자 하는 중·장년층의 노후생활계획으로 인하여 상당히 빠른 속도로 증가될 전망이다(서전, 1992).

독거노인은 노화에 따라 흔히 나타나는 고독, 빈곤, 질병의 문제나 이와 같은 문제에서 파생되는 가사서비스 지원 및 수발, 간병 등의 욕구를 충족시켜줄 인적 자원이 부족하다. 그리고 스스로 부양할 경제적 능력이 없으며 자녀가 없거나 혹은 있더라도 자녀로부터 경제적 부양을 기대하기가 어려운 처지에 놓여 있어 극심한 어려움을 가지고 생활하고 있으며 부족되는 생계비는 거의 소비억제를 통하여 생계유지만 하고 있는 실정이다(심영미, 2001).

노인 인구의 성비를 보면, 전체 501만 명의 노인 중 여성이 298만 명으로 59.5%를 차지하고 있는데(통계청, 2009), 이는 여성이 남성보다 평균수명이 길기 때문이다. 한편 독거노인의 남녀 구성비도 독거노인의 14%정도는 남성이며, 86%는 여성이 차지하고 있어(통계청, 2007) 독거노인의 문제는 곧 여성독거노인의 문제라고 할 수 있다.

2) 여성독거노인

한국보건사회연구원(2005)의 연구에 의하면 우리나라 전체 노인의 약 2/3정도가 여성노인이며, 「2004년도 전국 노인 생활실태 및 복지욕구조사」 분석결과에서 여성노인의 경우 남성노인에 비하여 무배우자 비율(11.6% 대 66.1%)과 독거노인 비율(6.6% 대 29.3%)이 높았고, 특히 도시지역 여성독거노인의 경우 75세 이상 고연령층의 비율이 높고, 무학의 비율이 높아 교육수준이 낮았다. 월평균가구소득은 50만원 미만 비율이 78.9%로 저소득층이 많고, 국민기초생활보장급여대상자 비율도 높은 편으로 경제적 수준이 취약한 집단이다.

이명숙(2003)의 연구에서 독거노인의 대부분(80%)이 여성이었고 독거

노인들이 주관적으로 지각한 건강상태도 나빴으며, 영양불량 위험도가 높았으며 대부분이 3가지 이상의 질병을 가지고 있었다. 또한 이들의 자아 존중감이 낮은 편이었고 우울정도가 높았으며 간호요구가 높았다.

김기태와 박봉길(2000)은 독거노인의 특징이 상당수가 여성노인이며 고령자이고, 사회관계망과 격리되어 있고, 교육수준이 낮고 독거기간이 길고, 대부분이 전세나 월세 또는 무료거주이며, 자녀가 있지만 부양할 능력이 없다고 하였으며, 독거노인이란 여성노인, 고독, 고령자, 빈곤의 개념으로 일관된다고 하였다. 심영미(2001)의 연구에서도 여성독거노인의 독거생활의 가장 큰 문제로 경제적인 어려움과 건강문제를 꼽았다.

여성노인의 평균수명은 83.8세이고 건강수명은 74.2세로 여성노인은 평균수명은 길면서도 사회, 경제, 건강문제 등에서 남성노인보다 취약하고 남은 생애 중 10여년을 각종 만성 퇴행성 질병으로 인해 활동에 제한을 받으면서 살아가는 것으로 나타났다(통계청, 2009).

여성노인은 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하는 비율(45.8%)이 남성노인(26.6%)보다 많으며, 본인이 인지한 만성질환 상태는 95.0%가 만성질환을 한 가지 이상 앓고 있는 것으로 나타났다. 특히 3종류 이상의 만성질환을 앓고 있는 비율이 65.7%로 남성노인의 37.0%에 비하여 약 2배정도 더 높아 여성노인이 남성노인에 비하여 건강이 취약함을 알 수 있다(한국보건사회연구원, 2005). 또한 주요 만성질환 종류별 유병률은 관절염(56.3%), 고혈압(44.4%), 당뇨(14.4%)의 순으로(한국보건사회연구원, 2005) 시설에 입소하지 않은 재가 여성노인들을 위한 관리가 필요함을 시사하고 있다.

2. 건강수준

1) 건강수준의 개념

건강수준의 구체적 개념화와 측정을 위한 시도는 많이 이루어져 왔으나 개념의 다차원적 특성과 척도화의 어려움으로 인하여 만족할 만한 성과를 거두지 못하고 있는 실정이다(장동민, 1996). WHO에 의한 건강의 정의인 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태의 개념을 모두 반영할 수 있는 완벽한 척도는 없으며 연구목적에 따라 여러 가지 지표를 상호보완적으로 사용하여 건강의 다차원적 속성을 구현하는데 중점을 두는 것이 일반적인 추세이다(Blaxter, 1987; Larson, 1991).

노인건강은 노화과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생리적 변화를 중심으로 신체적 측면과 정신적 측면, 노후 사회생활에의 적응을 중심으로 하는 사회, 심리적 측면으로 대별해 볼 수 있다. 노화에 따른 신체적, 정신·정서적, 사회적인 변화는 곧 다른 측면의 변화에까지 영향을 미치므로, 노인의 건강상태는 신체적, 정신·정서적, 사회적인 측면을 함께 다루어야 한다(최영희, 1992).

노인의 건강상태란 독립적으로 일상생활을 하는데 필요한 상태로서 신체적, 정서적, 사회적 기능을 모두 포함하면서 주어진 환경에 적응하고 대처하고, 그 안에서 생활하는 인간의 능력을 포함한다(WONCA, 1988; 박현선, 2000 재인용).

노인의 건강은 아무런 질병이 없는 상태를 의미하는 것이 아니고 질병이 있더라도 자신의 신체적, 정신적, 사회적 기능을 방해받지 않고 일상생활을 할 수 있는 경우를 건강한 상태라고 하였다(김정아와 정승교, 1997)

Clinebell(1991)은 건강이란 정의를 단순한 질병이 없는 상태를 의미하는 것이 아니라 전체적인 완성을 향해가는 과정이며 이것은 인간 유기체가 가족과 지역사회 공동체 속에서 조화를 이루면서 살아가는 것을 의미한다. 건전한 사회관계를 유지하고 자신, 타인, 지역사회, 환경과의 관계회복에

있다고 하였다. 건강에 대한 개념들은 대개 개인의 지역사회활동 참여나 사회규범에의 순응 그리고 직장인으로서의 적절한 사회적 역할을 수행하는 것을 포함하고 지역사회에서 개인의 융화에 초점이 맞추어져 왔다.

이상을 종합해 보면 노인의 건강은 단순한 신체적 기능 뿐 아니라 정신적, 사회적 기능의 균형을 유지하면서 변화된 환경에 적응해 나가는 것을 의미한다.

2) 건강수준의 측정 영역

1984년 세계 보건기구는 노인의 건강상태 평가 시 신체기능의 자율성을 포함해야 한다고 명시한 바 있다. 이는 노인의 건강이 신체활동의 독립성 정도, 또는 자율적 기능상태로 평가되어야 함을 일컫는다(Hiroshi et al., 2001; 손신영, 2006 재인용). 노인의 기능상태는 노화로 인한 생의학적 원인뿐 아니라 신체적, 정신사회적, 인지적 요인이 복합적으로 작용하여 발생하기 때문에 노인의 기능상태 평가 시 특정 질병 진단만으로는 불충분하며, 포괄적 측면에서의 기능상태의 장애유무 및 정도를 평가함이 바람직하다.

노인의 건강 문제는 신체적, 정신적, 사회적 기능의 다차원적인 측정이 필요하며 연령적으로 동일한 특성을 지니지만 사회적 특성이 다양하다는 점을 고려해야 한다(Harvighust, 1977).

Liang(1986)은 건강수준을 의료적 차원(Medical Dimensions), 기능적 차원(Functional Dimensions), 자기평가적 차원(Self-evaluative Dimensions)으로 구분하였다. 첫째, 의료적 차원의 건강상태는 질병의 부재에 의해 정의되며, 이는 건강을 정의하는데 있어서 의료전문인의 관점을 중시하며 만성질환, 이환일수 등으로 측정될 수 있다. 둘째, 기능적 차원의 건강상태는 사회체계 내에서의 개인에게 부과된 역할을 효과적으로 수행할 수 있는지에 대한 능력의 여부로 측정되어질 수 있는데, 신체적 자기유지, 일상생활 능력(ADL), 도구적 일상생활 수행능력(IADL), 신체적 적합도, 근로상실일수 등으로 측정될 수 있다. 기능적 차원의 건강의 측정은 다중적인 건강문

제로 인해 주된 관심이 치료보다는 기능적 독립성을 유지하는 것이 더욱 중요한 의미를 갖는 노인층의 건강상태를 측정하는 데 유용한 자료를 제공한다. 셋째, 자기평가적 차원의 건강상태는 신체적 건강에 대한 개인의 지각과 평가를 의미하며, 건강상태를 측정하는 보편적인 도구 가운데 하나로 대상자의 전반적인 건강상태를 나타내며 주요 건강지표의 역할을 한다.

선행연구에 따르면 우리나라 노인이 인지하는 건강이란 거동이나 활동이 가능한 상태(32.5%), 아프지 않은 상태(25.5%), 섭생을 잘하는 상태(18.5%), 질병이 없는 상태(10.0%), 편안한 상태(6.5%), 정신이 맑은 상태(2.0%)를 의미하는 것으로 조사되었다(이선희, 1996). 국내에서는 건강상태를 의학적 건강상태, 기능적 건강상태, 주관적 건강상태로 구분하여 시도하기도 하였고(이동호, 2010), 이와 유사한 기준을 적용하여 의료적, 기능적, 자기평가적 차원으로 나누어 설명하는 연구도 진행되었다(전예슬, 2009).

이영자(1989)는 노인은 기능정도에 따라 건강상태를 지각하고 이렇게 지각된 건강상태는 노화속에서 기능력 감소를 가져오는데 이러한 기능력 감소는 생리적 측면에서 신체적 건강과 정신적 건강의 저하를 가져오고 변화하는 환경 속에서는 적응력 저하로 정서적 건강의 변화를 가져오게 된다고 하였다. 이를 바탕으로 노인의 건강상태를 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 정서적 건강상태로 나누어 설명하는 연구도 진행되었다(유광수와 박현선, 2003). 건강상태를 주관적 건강상태, 신체적 건강, 정신적 건강으로 나누어 살펴보았다(서연숙, 2011).

건강수준을 신체적, 인지적, 사회적 기능으로 구분하였고(김정순과 권자연, 1996), 신체적 기능은 독립적으로 일상생활을 수행하는 능력, 인지적 기능은 정신적·지적 과정, 사회적 기능은 사회적 상호작용을 측정하였다.

이상과 같이 건강수준의 측정 영역은 건강의 개념정의에 따라 어떤 요소로 구성하고 어떤 특정요소를 더 강조할 것인가가 달라진다. 본 연구에서는 노인의 건강을 신체적 기능 뿐 아니라 정신적, 사회적 기능의 균형을 유지하면서 변화된 환경에 적응해 나가는 것을 의미한다고 정의하고, 신체적 건

강은 신체적 기능과 통증, 정신적 건강은 우울, 사회적 건강은 외로움으로 측정하였다.

(1) 신체적 기능

노인의 신체적 건강상태를 평가하기 위한 방법으로는 질병유무에 의한 평가와 기능이나 역할수행 능력 정도에 따른 평가가 있는데 질병유무에 의한 평가는 주로 의학적 진단에 의해 이뤄지고 기능정도에 따른 평가는 개인의 주관적 판단에 의해 이루어지지만 노인의 신체적 건강상태의 측정이나 평가는 질병유무와 같은 병리 현상에 근거를 두기 보다는 신체기능 차원에서 일상생활의 기능정도를 측정함이 타당하다고 하였다(Gibson, 1984).

노후 생활의 질적인 측면을 고려할 때 특히 기능적 건강상태는 가정에서 독립적으로 활동을 할 수 있는지의 여부를 결정하는 주요 요인으로 작용한다. 노인의 신체 기능적 건강상태를 나타내는 객관적 도구로써 기본적인 일상생활수행능력을 측정하는 도구로 ADL(일상생활 수행능력)과 독립적인 생활과 관련된 보다 복잡한 활동을 측정하는 수단적 일상생활기능을 측정하는 도구로 IADL(도구적 일상생활 수행능력)이 있다. ADL은 목욕하기, 옷입기, 화장실 이용하기, 이동하기, 배설하기, 식사하기 등이 포함되어 있으며 이러한 활동들은 의존성이 높아질수록 자연스럽게 기능을 잃어가게 된다. IADL은 노인의 신체 상태를 측정하는 중요한 지표로 사용되는데 이는 기초적인 활동보다 좀 더 복잡한 활동의 범위를 포함하며 외부와의 접촉이 필요한 다차원적인기능평가도구로 노인의 생활을 알 수 있도록 규정하는 요소이다. 재가 노인을 대상으로 일상생활 기능과 생활만족도를 본 연구에서 일상생활기능 정도가 높을수록 생활만족도도 높음을 발견하였다(이광옥, 1998). IADL은 독립적인 생활을 하는데 필요한 보다 높은 차원의 기능을 말하는데, 이 도구는 전화걸기, 교통수단 이용, 쇼핑, 음식 준비, 집안일, 약물 복용, 돈 관리 등이 항목으로 구성되어 주로 지역사회 거주 노인의 기능상태를 평가하는데 많이 사용될 수 있다(원장원, 2002). 2000여명을 무작위로 추출한 지역사회 노인을 대상으로 한 윤종률(2000)은 완전히 독립

적인 IADL을 가진 노인이 50.3%에 불과하였고 전적으로 도움이 필요한 노인은 1.7%였고, 홍미령 등(2004)은 75세 이후에 신체적 기능이 떨어져서 ADL과 IADL이 모두 저하된다고 보고하였다. 이석구(2006)는 일상생활수행능력과 도구적일상생활수행능력이 객관적인 건강수준에 영향을 미치며 이는 노인들의 자신의 삶을 스스로 유지하고 영위해 간다는 측면에서 매우 중요한 요소로 판단된다고 하였다.

(2) 통증

다면적 건강상태를 측정하는 많은 도구들은 신체적 기능과 통증을 포함한다(Robert, 1997). 노인의 건강문제는 대부분 근골격계 질환, 암, 말초혈관 질환과 같은 만성질환으로 이러한 질환들 대부분은 통증을 수반하고 있어서, 재가노인의 80%이상이 통증을 경험하며 양로원 노인의 70%가 통증을 호소하여서 대부분이 만성적인 통증으로 괴로워한다고 보고된다(육미경, 1998). 만성통증은 적절한 치료를 한 뒤에도 계속 될 수 있어서 통증으로 인한 신체기능의 저하와 활동장애, 정서상태 변화, 사회적 고립감 등을 경험하게 된다(Forrest, 1995).

만성통증은 신체적, 심리 사회적인 모든 측면의 기능에 영향을 줄 수 있으며, 많은 만성통증환자들은 통증으로 인해 여러 가지 가치 있는 활동에 참여하는 것을 줄이거나 완전히 포기하게 된다(최귀윤, 1997). 특히 노인의 통증은 질병의 진단 없이 나타나는 경우가 많으며 빈도와 그 정도에서 무시될 수 없는 중요한 것이다. 실제로 통증은 노화의 필수적인 증상이 아닌데도 이로 인하여 노인들은 고통 속에서 일상생활을 수행하게 되어 활동에서 많은 제한을 경험하게 된다(김주희와 김정현, 1999).

도시 여성노인을 대상으로 한 조동숙(2006)의 연구에서 대상자가 가장 많이 호소한 건강문제는 통증으로 94.4%의 대상자가 각종 통증을 호소하였으며, 향후 노인이 갖고 있는 건강문제 중 최우선으로 해결하여야 하는 과제는 각종 통증 완화 방안이 되어야 한다고 하였다.

(3) 외로움

노화로 인한 사회적 기능의 손상은 주변 환경과의 상호작용이 평형을 이루지 못할 때 나타나게 되는 것으로 타인에게나 자신의 일상생활에 대한 흥미 상실, 불행감, 불만족, 부정적 자아개념과 원만치 않은 대인관계 등이 있다. 이러한 사회적 측면의 노화과정은 질병이나 거동이 불편해서 사회적 활동과 유리된 생활을 할 때 더욱 심화된다(김화중 등, 2010).

사회적 기능이란 환경과의 상호작용 능력으로써 산업화, 도시화, 핵가족화 되어가는 현대사회 구조의 변화는 고령자들의 사회적 역할과 기능을 박탈하고 있으며(김정순, 1991), 특히 독거와 관련한 사회적 고립은 노인의 사회적 기능감퇴를 가속화시킨다. 노인의 사회적 건강상태를 타인과의 관계에서 비롯되는 사회적 역할활동을 중심으로 평가하였다(최영희, 성명숙, 신윤희, 이지숙과 정승은, 1992).

노년기에 접어들면서 타인과의 관계 속에서 친밀감의 변화나 상실감을 경험하게 되고 이로 인해 인간은 외로움을 느끼게 되는데(Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005; Shearer & Davidhizar, 1994), 외로움에 대한 연구는 사회적 관계의 측면에 대해 밝히는 잠재력(가능성)을 제시해 주기 때문에 중요하다고 하였다(Russell, Peplau, & Cutrona, 1980).

외로움은 홀로 쓸쓸함, 고독함을 뜻하는 것으로 외로움은 개인의 사회적 결핍의 본질에 초점을 두고 있다. 외로움은 개인의 사회적 관계의 지지망이 양적으로나 질적으로 부족할 때 발생하는 불유쾌한 경험이다(Peplau & Perlman, 1982). 인간은 타인과 관계를 맺음으로써 친밀감을 유지하고자 하는 욕구가 있는데 타인과의 접촉에서 변화와 상실을 경험하게 되면 이로 인해 외로움을 느끼게 된다(Shearer & Davidhizar, 1994).

이러한 외로움은 환경적인 이유나 개인적인 특성으로 인하여 발생할 수 있으며, 이때 상황적이거나 환경적인 요인으로는 가족구조의 변화, 사회적 역할의 변화, 결혼상태의 변화 등이 있다(Peplau & Perlman, 1979). 노인의 외로움은 병리적이기 보다는 인간으로서 지금까지 이룩하여 왔던 일들이나 역할 등에서의 쇠퇴, 상실, 퇴직 등에 의한 부정적인 감정에 의해 발생

된다고 볼 수 있다. 특히 노인의 생리적 기능감퇴, 신체적 기능저하, 심리적 기능저하, 타인과의 상호작용 속도 감소는 노인의 사회적 역할을 제한하고 외로움을 증가시키게 된다(원형중, 1994).

외로움은 인간발달의 과정에서 심리적, 정서적으로 느끼는 “자연스런 현상”이지만, 인생의 황혼기에 노인들이 느끼는 외로움은 신체적 노화, 사회적, 경제적인 어려움, 배우자와의 사별, 사회적 역할상실 등으로 인해 젊은 시절에 느꼈던 외로움과는 다르게 지각된다(김순미, 2000). 외로움이 만성적으로 지속되면 정신적 안녕을 위협하여 자살의 위험이 증가하기도 한다(Stravyski & Boyer, 2001). 노인들이 경험하는 외로움은 대부분 만성적인 것이므로 노인의 외로움은 중요한 건강문제로 다루어져야 한다(Donaldson & Watson, 1996).

국내 노인 대상으로 외로움 정도를 조사한 연구에서는 적게는 69.2%에서 많게는 80%의 노인들이 외로움을 느낀다고 제시하고 있다(박영주, 정혜경, 안옥희와 신행우, 2004). 외로움과 관련된 변인으로 자녀와의 동거(양숙미와 홍숙자, 2003; 허선영, 2000)를 들었고, 김미령(2005)은 배우자를 상실한 노인이 결혼 상태에 있는 노인보다 고독감이 높다고 하였는데, 배우자를 상실한 여성노인의 경우 교육과 용돈, 도구적 일상생활능력, 자녀수, 사회참여, 사회적지지가 고독감을 낮춘다고 나타났다.

여성노인이 경제적, 신체적으로 자립할 수 없고, 가족으로부터 도구적·정서적 지원을 받지 못한다면, 이들의 독거생활은 기본적 생존권마저 위협받는 열악한 환경에 놓일 수 있다. 또한 주변 환경으로부터의 고립으로 인한 사회관계의 부족은 고독과 소외감을 느끼게 하여 심각한 심리적 손상을 가져올 수도 있다. 이는 사회적 지원이 노인의 스트레스 수준과 고독감을 감소시키는 등 삶의 만족도에 영향을 미친다는 연구결과(이혜영, 2008; 정혜정 등, 2000)에서도 나타난다.

독거노인은 지역사회 내 사회적 관계망으로부터 격리될 가능성이 높는데 경제적, 사회적, 신체적으로 불리한 조건을 가진 여성독거노인들은 가족과 사회로부터 소외되어 많은 문제점을 지닌 채 살고 있기 때문에 이들의 삶의

질을 높이기 위해서는 여성독거노인의 외로움은 중요한 개념으로 다루어져야 한다(김옥수와 백성희, 2003).

(4) 우울

우울은 노년기에 가장 보편적으로 나타나는 정신건강의 문제로 알려져 있으며(한혜경과 이유리, 2009), 노년기 정신건강과 관련하여 정신건강의 부정적 측면 중 대표적인 하위영역으로서 연구가 이루어지고 있다(이종화, 2005). 평균수명의 연장과 함께 길어진 노년기 삶의 질이 강조되는 현대사회에서 정신적 건강의 중요성에 대한 인식이 더욱 중요하게 부각된다고 하였으며(Birren & Renner, 1980; 서연숙, 2011 재인용), 중고령자의 건강수준을 신체적 건강과 함께 정신건강상태로써 우울을 평가하였다(서연숙, 2011).

우울은 노인에게 많이 발생하는 정신건강 문제로(백선숙, 2005), 우울 정도가 심한 노인은 그렇지 않은 노인과 비교해 볼 때 지각된 건강수준이 낮으며 통제나 기능, 안녕 등이 저하된다고 보았다(Badger, 2001). 우울은 스트레스 적응과정에서 흔히 나타나는 부정적 정서 상태로 감각장애나 신체 장애가 있을 때 노인에게 가장 일어나기 쉬운 부정적 감정 반응이지만 중재가 가능하기 때문에 노인 간호에 있어서 중요한 개념이다(도복늬 등, 2001).

노년기의 배우자 상실, 독신생활 등의 요인은 우울증의 심각성을 더하여 자살로까지 악화될 수 있다고 보고되고 있다(박지영, 2007; 배지연, 2005; Snowden & Baume, 2002). 노인의 우울증은 사랑의 상실, 실망, 실제적이든 상상적이든 간에 비판과 위협을 받는 경우 등으로 유발될 수 있고, 신체적 질병, 배우자의 죽음, 경제적 사정의 악화, 사회와 가족들로 부터의 소외 및 고립, 일상생활에 대한 자기통제의 불가능, 지나온 세월에 대한 회한 등이 원인이 되어 생기게 된다(장인협과 최성재, 1987).

인간은 누구나 연령이 증가함에 따라 자연적인 현상으로 신체적, 심리적, 사회적 노화과정을 거치게 되는데, 노화로 나타나는 두드러진 정신기능 변화의 하나로 우울경향의 증가를 들 수 있다(림금란, 김희경과 안정선,

2011). 특히 혼자 사는 독거노인의 경우 대부분 열악한 환경에서 고독한 삶을 살아가는 경우가 많기 때문에 스트레스 적응과정에서 불안이나 갈등과 함께 나타나는 부정적인 정서상태를 이겨내기 힘들고 더 우울해 질 수 있다. 노인의 우울은 정신건강에 중요한 요소로서 일상활동 및 기능장애, 자살의 위험과 사망률 증가와 같은 심각한 결과를 초래하므로 노인의 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 수 있다.

3. 생활만족도

일반적으로 노년기에는 신체적·정신적 기능이 약화되며, 은퇴로 인한 사회적 역할을 상실하고, 배우자나 친구의 죽음을 겪게 되는 등 많은 변화를 겪게 된다. 노년사회학(Social Gerontology)에서는 노년기의 이러한 변화와 관련하여 노인의 적응과 삶의 질 향상이라는 주제에 관심을 기울여왔다. 노년기의 적응 또는 삶의 질 향상은 성공적인 노화라는 개념과 연결되어 있는데, 노년사회학에서 성공적인 노화를 생활만족도라는 지표로 파악하는 경우가 많다(박재간 등, 1995). 박충선(1998)은 생활만족도에 대한 연구가 한 개인의 복합적 감정을 알아볼 수 있을 뿐 아니라 전체적인 노인문제를 해결하는데 있어 중요한 출발점이 될 수 있다고 하였다.

생활만족도라는 용어는 Neugarten, Havighurst & Tobin(1961)이 사용한 이후 국내·외 많은 학자들(김명자, 1982; 이효재 등, 1979; 홍순혜, 1984; Kalish, 1975; Medley, 1976; McDowell et al., 1987)이 생활만족도에 관심을 가지고 연구를 진행하여왔다.

Neugarten 등(1961)은 생활만족도를 일상생활을 구성하는 활동으로부터 기쁨을 느끼며, 자신의 생활에 대해 의미와 책임감을 느끼고, 자신의 목표를 성취하였다고 느끼며, 긍정적인 자아관념을 가지고 자신의 현재 약점에도 불구하고 자신을 가치 있는 사람으로 여기고, 낙천적인 태도와 감정을 유지하는 것이라고 정의하였다.

Kalish(1975)는 생활만족도란 자신의 생애를 의미 있게 받아들이고 적어도 주요한 목표를 성취했다고 느끼며, 효과적으로 주위의 환경과 변화에 잘 대응해 나가 사회적으로, 정서적 어려움이 없이 개인의 욕구를 만족시킬 수 있는 정도라고 정의하였다. Medley(1976)는 개인은 다른 사람과의 상호작용을 통해 기대가 형성되며, 이러한 기대는 다른 사람과의 비교를 통해 자신을 평가하는 근거가 되는데, 생활만족도란 개인의 기대수준이 합리적으로 충족되었는가에 대한 평가라고 하였다.

또한 McDowell 등(1987)은 생활만족도를 사회에서 정한 또는 자신이 생각하는 타당한 기준에 의하여 자신의 현 상태를 평가한 결과라고 보았다. Morris(1976)는 노인의 생활만족도를 생활만족의 주체인 노인이 갖는 생활 전반에 대한 행복과 만족의 주관적 감정 또는 일종의 태도로서, 개인의 기대와 그 충족도 여부에 의하여 정해지는 것이라 하였다.

국내에서는 이효재 등(1979)이 처음으로 노인의 생활만족도라는 개념을 사용하였는데, 이 연구에서 생활만족도는 일상적으로 하고 있는 활동에서 기쁨을 얻을 수 있고, 자신의 생애를 의미 있게 받아들이고, 적어도 주요한 목표를 성취하였다고 느끼며 자신에 대한 긍정적인 영상을 갖고 대체로 행복하다고 낙관적인 태도와 기분을 유지할 수 있는 상태라고 하였다. 홍순혜(1984)는 노인 생활만족도를 노인이 관련되어 있는 생리적, 심리적, 사회적 조건 속에서 노인 자신의 과거, 현재의 전반적인 생활에 대하여 갖는 주관적이며 개인적인 만족감으로 정의하였다.

한편 최성재(1986)는 생활만족은 정적인 측면에서 과거, 현재, 미래의 삶에서의 가치 인식에 대한 평가와 동적인 측면에서 과거, 현재, 미래의 실제적 활동에 대한 전반적인 평가와 미래의 삶과 활동의 전반적인 전망에 대한 긍정적인 정도라고 하였다.

또한 노인의 생활만족도란 생활에 대한 기대와 현실적인 충족간의 합치 여부에서 오는 주관적인 만족정도로서, 그 개인의 심리적 특성과 환경적인 여건뿐만 아니라 생활의 역사를 통해서도 영향을 받는 복합적인 감정이라고 하였다(서병진, 1998).

4. 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치는 요인

1) 인구사회학적 요인

Schanke과 Lough(1997)의 연구에서 여자노인의 경우 사회적 지지체계 정도가 높을수록 건강상태가 좋고, 재정상태가 좋을수록, 교육수준이 높을수록 건강상태가 더 좋은 것으로 나타났다. Miech과 Shanahan(2000)의 연구에 의하면, 교육수준과 연령이 우울증상에 영향을 미친다고 하였고, 강상경과 권태연(2008)의 연구에서도 생애주기에 따른 교육수준, 소득수준의 상호작용 효과 연구에서 청장년층에 비해 중년기와 노년기에 접어들수록 우울 정도가 심해지고, 사회경제적 지위지수로써 교육과 소득수준이 낮을수록 우울수준이 높은 것으로 보고하였다.

사회경제적 위치에 따라 다른 수준의 건강상태가 나타나는 것을 밝히기 위한 대표적 기준으로 보통 직업지위, 교육수준, 소득수준이 사용된다(서연숙, 2011). 교육수준은 여러 경로를 통하여 건강에 직·간접적으로 영향을 미치므로 사회경제적 지위에서 주요 결정요인이다(김승곤, 2004; 우해봉과 윤인진, 2001). 높은 교육수준을 보유한 노인들은 그렇지 않은 노인에 비해 사회적으로 유리한 위치에 있게 되며 이는 경제적 여유까지 보장받을 수 있는 기회를 제공받는다(Hammond, 1995). 교육은 소득과 직접적인 관련이 있기 때문에 중요하기도 하지만, 그 자체로 건강에 영향을 미친다는 점에서 중요하다. 건강행태와 생활습관은 인지적 요소의 영향이 큰데, 교육이 이러한 인지적 요소를 긍정적으로 형성하는 데에 결정적으로 기여한다. 같은 소득에서도 교육수준이 높은 경우 건강수준이 향상된다는 많은 연구는 교육이 건강에 독립적으로 영향을 미친다는 사실을 보여준다고 하였다(서연숙, 2011).

소득은 다양한 물질과 서비스 접근, 여가활용이 가능하게 할 뿐 아니라 의료서비스 접근 가능성 및 적절한 건강검진을 가능케 한다. 노인의 사회인구학적 변수에 따른 건강상태는 월평균 가구소득에 따라 만성질환 유병 및

주관적 건강평가에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(김진희, 2006; 김혜련, 2005; 어광수, 2003; 오현자, 2008). 그러나 노인의 경우 노동시장에서 은퇴하여 직업이 없고 소득이 감소하는 경우가 많아 교육수준을 중요변수로 사용해야 한다고 하였다(서연숙, 2011).

사회활동을 활발하게 하는 노인이 그렇지 않은 노인 보다 건강한 것으로 나타났다(송미숙 등, 2003). 종교활동 참여나 종교적 믿음은 정신건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며(전혜정, 2004), 종교가 있는 노인들이 종교가 없는 노인들보다 신체적 건강과 정신건강이 더 좋은 경향이 있다고 보고된다(Krause, 1997; Koenig, 1995; 한내창, 2002 재인용). 유광수와 박현선(2003)의 연구결과 독거노인의 경우 종교가 있을 때 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 정서적 건강상태 모두 좋은 것으로 나타났다.

노인의 생활만족도에 대한 연구는 1980년대 이후부터 관심을 갖기 시작하였으며 생활만족도에 영향을 주는 요인은 성별, 배우자 유무, 연령, 건강상태, 생활수준, 교육수준, 과거 직업, 여가활동, 종교, 가정 내 역할, 사회심리적 특성 등과 같은 변수와 관계가 있다고 입증된 바 있다(권중동과 조주연, 2000; 김경애, 1998; 김영미, 2002; 김종숙, 1987; 이난영, 2001; 이영길, 1994).

연령에 있어서는 노인들은 연령의 증가와 함께 배우자 상실, 건강약화, 사회적 참여의 감소 등으로 심리적 행복감이 저하되며(Chatfield, 1977), 홀로된 여성노인의 경우 연령이 낮을수록 우울, 고독을 더 많이 느낀다고 하였다. 이는 연령이 직접 생활만족에 영향을 준다고보다 건강상태나 사회·경제상태를 통한 간접적인 영향을 준다고 볼 수 있다.

노인들은 연령이 증가할수록 건강이나 가족에 대한 만족도가 감소하여 생활 만족도가 감소하한다고 하였으며(백선숙, 2005), 오경희(2005)의 연구에서는 연령이 높을수록 삶의 질이 높았다. 반대되는 연구결과로는 연령이 증가할수록 삶의 만족도가 낮다는 연구결과이다(김재돈, 1997).

교육수준의 경우, 많은 연구들에서 교육수준과 생활만족도간에는 정적인 관계가 있는 것으로 나타났고(김기태 등, 2000), 시간적 차원에서의 생활만

족도 연구에 의하면 교육수준과 현재 생활만족도간에는 정적인 관계가 있으며 이는 노년기에 있어서 교육수준과 경제상태가 일반적으로 정적인 관계가 있기 때문으로 보인다고 하였다(고승덕, 1995; 장현과 이철우, 1996).

김경희 등(2000)은 만성통증을 지닌 노인들의 교육정도에 따라서 삶의 질정도의 차이를 보인다고 하였다.

송연수(2002)의 연구에서 노인의 생활만족도는 교육수준, 결혼상태, 동거상태, 생활수준, 한달용돈, 믿고 의지하는 사람, 직업유무에 따라 유의한 차이가 나타나 학력이 높을수록 사회, 경제적 지위가 높아져 여유 있는 생활을 하여 생활만족도가 높아진다는 김명자(1982)의 연구결과를 지지하고 있다. 또한 이해경(1996)의 배우자가 없는 여성 노인을 대상으로 한 연구에서도 교육수준, 경제상태가 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인임이 확인되었다.

일반적으로 교육수준과 경제수입은 비례관계이므로 교육수준이 높을수록 수입이 높으며, 사회경제적 지위가 높으며 자아존중감이 높아서 생활만족도가 높아진다고 하였다(김경숙, 2004).

경제상태에 관한 연구들을 살펴보면, 노인의 경제적 빈곤은 일시적이고 한시적인 생활사건이기보다 지속적이라는 점에서 만성적인 생활곤경을 설명해주는 변인으로 많이 사용되고 있으며, 연구결과들에서 경제적 안정은 노인의 생활만족도를 높이는데 큰 영향력이 있고, 사회관계에도 보다 적극적으로 참여하게 하며, 경제적 불안정은 심리적 불안과 생활에 대한 부정적인 견해를 갖게 한다(정혜정, 2000 재인용). 국내의 많은 연구들도 노인의 경제상태가 그들의 심리적 안녕감이나 생활만족도에 상당한 영향력이 있다고 밝히고 있으며(김기태 등, 2000; 이영자, 1999; 정혜정, 1997), 노인들은 실제 경제상태보다 노년기의 소득감소에 더 민감하게 반응하므로 소득의 절대적 수준보다 그들이 느끼는 주관적인 경제상태의 만족여부가 노후 생활만족도에 더 중요한 요인이 되고 있다(박경란 등, 1995; 이영자, 1999).

서미경과 김연석(1995)의 연구에서도 노인은 실제 경제상태보다는 은퇴

등으로 인한 소득의 감소에 더 민감하게 반응하며, 따라서 노인의 생활만족도에 결정적으로 중요한 것은 노인 개개인의 빈곤하다고 느끼는 정도에 따른 주관적 경제상태에 대한 인식이라고 하였다. 즉, 소득의 절대적 수준보다는 상대적인 상태가 노인의 생활만족도에 더 중요하다고 볼 수 있다.

종교와 생활만족도의 관계에 관한 연구를 살펴보면 일반적으로 종교를 가진 노인들이 종교를 갖지 않은 노인들보다 생활 적응력이 높고, 소외감도 덜 느껴 생활만족도가 높은 것으로 알려져 있다(정혜정 등, 2000). 종교활동은 개인에게 지역사회 소속감 및 공동체 의식을 가지게 하여 삶의 의미를 찾는데 도움을 주고, 죽음에 대한 긍정적인 태도와 노년기의 상실감을 인정할 수 있는 심리적 안정감을 제공한다(고승덕, 1995; 김태현, 1986). 이는 노년기 사회활동 참여가 노인의 생활만족에 긍정적인 영향을 준다는 맥락에서 종교적인 활동에 많이 참여하는 노인들의 생활만족도가 높게 나타난 것으로 볼 수 있다. 그러나 일부 연구들은 종교유무는 노인의 생활만족도에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(김종숙, 1987; 박충선, 1990; 조옥희와 신호식, 1991).

노인의 사회활동과 삶의 만족도의 관계를 보면 성별에 상관없이 모든 노인들에게 있어서 사회참여의 정도는 생활만족도에 매우 커다란 영향을 미친다(임현숙, 2008). 여가시간을 활동적으로 보내는 노인들이 삶에 대한 만족이 높게 나왔으며, 그 방법으로는 운동, 교육강좌 수강, 문화센터 이용, 노인복지관 이용 등이 있다(이선정, 2008).

2) 사회적 지지

사회적 지지는 건강문제를 발생시킬 수 있는 스트레스의 충격을 완화시킬 수 있는 것으로 가족, 친구, 이웃, 기타 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움과 원조가 포함된다(Norbeck, 1981). 사회적 지지는 스트레스 상황에 대한 효과적인 완충제 역할을 함으로써 건강을 증진시키고(House, 1981) 심리적 적응을 도와 일상생활의 문제해결 능력을 강화시킨다

(Sarason & Sarason, 1982).

사회적 지지란 한 개인이 그가 가진 대인관계로부터 얻을 수 있는 긍정적인 자원을 의미한다(Cohen & Hoberman, 1983). 사회적 지지는 건강에 대한 스트레스의 충격을 감소 또는 완충할 수 있는 속성을 지닌 용어로 1970년대 초 처음으로 Cassel과 Caplan에 의해 소개되었다. 이후 계속해서 사회적 지지는 인간의 사회적 관계를 포함하여 가족, 친척, 친구, 의료요원, 기타 이웃사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움과 원조를 의미하는 것으로서 건강문제를 일으키는 스트레스의 충격을 감소 또는 완충할 수 있는 개념으로 연구되어 왔다(Cassel, 1976; Dean & Lin, 1977 ; 오가실 등, 1994).

Cobb(1976)는 사회적 지지를 개인으로 하여금 그가 사랑받고 보살핌을 받고 있으며, 그가 존중받고 가치 있게 여겨지고 있고, 그가 의사소통과 상호책임성을 갖는 조직망의 일부라는 사실을 믿도록 하는 정보라고 하였으며, 지지적 행동의 속성을 정서적지지, 존중적지지, 조직망지지로 분류하였다.

Norbeck(1981)는 사회적 결속을 통하여 개인의 사회적 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 지지로 대상자가 배우자, 가족, 친구, 이웃들의 대인관계적 상호작용을 통하여 받는 물질적, 정신적 도움이라고 하였다.

Cohen & Hoberman(1983)은 사회적 지지를 한 개인이 그가 가진 대인관계로부터 얻을 수 있는 모든 긍정적인 자원을 의미하고, 이는 다차원적 개념을 포함한다고 강조하면서 사회적 지지유형을 평가적지지, 자아-존중감지지, 소속감지지, 유형적지지로 분류하였다.

Newman(1993)은 사회적 지지가 세 가지 방식으로 노인의 신체적·정신적 건강에 영향을 미친다고 하였다. 첫 번째로 의미 있는 관계를 지속시켜 줌으로써 고립을 막아주어 심리적으로 건강하게 해준다는 것이다. 두 번째로 노인의 사회적 지지는 실제 생활에서 정보를 제공해서 일상생활에 도움을 준다. 즉, 교통, 정보, 조언과 같은 실질적인 도움을 제공한다. 마지막으로 건강을 위해 받아야 할 치료나 의료적 처치를 격려함으로써 노인의 건강상태에 직접적인 도움을 줄 수 있다.

우리나라 연구에서는 사회적 지지가 신체적·정신적 건강상태에 긍정적인 역할을 한다고 하였다(김원경, 2001; 이가영과 박태진, 2000; 이평숙 외, 2004). 송미순(1991)은 노인이 지각하는 사회적지지가 높으면 우울정도는 낮고 신체적 기능상태는 좋으며, 가정 내 역할수행도 높다고 보고 하였다.

독거노인들을 위한 사회적 지원망의 구축은 노인들의 삶의 질을 높이는 데 중요한 역할을 한다. 사회적 지원망이란 가족, 친척, 이웃, 친구 등과의 사회적 접촉을 통하여 지속적인 정서, 정보, 물질 및 서비스 도움을 상호 교환하는 우대관계로서, 이는 심리, 사회적인 의존욕구를 충족시킨다(최용민과 이상주, 2003).

사회적지지에 관한 연구들을 보면 김기태, 박봉길(2000)의 독거노인의 생활만족도와 사회지지망 연구에서는 독거노인은 물질적 혹은 금전적 원조 즉 도구적지지가 높아질수록 생활만족도가 높음을 알 수 있었고, 사회적 지지는 생활만족도와도 밀접한 관계가 있었다(김정선, 1998; 박인숙 등 1989; 채수원, 1991).

노인의 사회적 지지망의 접촉빈도와 기간, 도움 정도가 크고 다양할수록 노인의 신체건강 만족도와 경제적 만족도를 비롯한 생활만족도가 높았다(최은영, 2005에서 재인용).

한편, 노인이 되면 사회적 역할의 축소와 고립으로 사회적 지지가 점차 감소하는데, 노인은 노화와 함께 오는 건강약화로 인해 특히 사회적 지지가 필요하다고 하였고(Ryan & Austin, 1989), Murrell(1992)은 노인에게 있어 사회적 지지는 노인의 스트레스와 증상을 예방하고 성장과 행복에 기여하며 삶의 질을 증진시키는 중요한 자원이라고 하였다.

3) 건강행위

Downie 등(1996)은 건강행위를 스스로 건강하다고 생각하는 사람이 증상이 없는 상태에서 질병을 예방하거나 조기에 진단하기 위해 취하는 행위로서 생활습관(life style), 건강행위, 예방적 건강행위, 건강실천행위

(health practice) 등으로 설명하였다.

건강행위에 대한 대표적 연구는 1965년 미국 캘리포니아주의 Alameda Count에서 7천명 지역주민을 대상으로 건강행위와 건강수준에 대한 조사에서 7가지 항목을 포함하여 조사한 것이다. 첫째, 아침식사를 규칙적으로 하는 것, 둘째, 밤에 7-8시간의 수면을 취하는 것, 셋째, 적당한 체중을 유지하는 것, 넷째, 간식을 하지 않는 것, 다섯째, 흡연을 하지 않는 것, 여섯째, 소량의 적절한 음주를 하는 것, 일곱째, 규칙적인 운동을 실시하는 것에 관한 것이었고, 그 결과 흡연, 음주, 운동, 체중, 규칙적 아침식사가 심혈관계 질환, 뇌졸중, 암 등의 건강수준에 미치는 영향에 관한 연구들이 이루어졌다(U.S.DHHS, 1990; 김진희, 2006 재인용).

우리나라 선행연구에서는 건강행위를 영양, 운동, 기호품(음주, 흡연) 제한, 스트레스 관리, 질병예방 행위를 사용하였고(구미옥 등, 2003), Adler 등(1993)은 건강행위가 건강수준에 미치는 주요요인으로 파악하였다. 노인의 건강관심도, 건강실천행위 및 건강상태의 연구에서 건강에 대한 관심이 높을수록 건강실천행위를 많이 하게 되며 건강실천행위를 많이 할수록 주관적 건강수준이 높다고 보고했다(송진아, 1997).

여성노인의 건강증진행위와 생활만족도에 관한 연구(이상매와 최수일, 2012)에서 건강행위는 생활만족도에 정적인 영향을 미친다고 하였으며, 정용화(2007)의 연구에서 여성노인의 생활체조참여와 생활만족도 연구에서 생활체조 참여 횟수가 많은 여성노인이 체조 참여 횟수가 적은 여성 노인보다 모든 영역에서 높은 생활만족도를 보이는 것을 확인할 수 있었다.

4) 건강수준과 생활만족도

노년기에 있어서 건강의 중요성은 절대적이며, 행복하고 바람직한 삶을 유지하는데 가장 기본적이고 필수적인 요소이다. 이러한 관점으로 노화과정에 대한 인식이 바뀌어감에 따라 노년기에 발생하는 신체적, 심리적, 사회적 변화에 대해 어떻게 성공적으로 적응하여 노후를 건강하고 만족하게

보낼 수 있는가에 관심이 모아지고 있는데 이것은 생활만족의 문제라고 할 수 있다(이광수, 2004). 특히 노인에게 있어 건강은 생리적 적응능력을 의미하므로 노후의 건강상태는 생활 전반에 직접, 간접적으로 영향을 미치고 노인의 생활에 대한 만족여부를 좌우하는 중요한 요인이라 하였으며 (Krause, 1990), 많은 연구에서 건강한 노인이 건강하지 못한 노인보다 생활만족도가 높은 것으로 보고되고 있다(이광수, 2004).

권중돈(2000)의 연구에서 질병을 앓고 있는 노인이 질병이 없는 노인보다 생활만족도가 상대적으로 낮게 나왔으며, 이는 노년기의 만성질환은 일상생활동작능력을 약화시켜 노인의 독립적 생활을 제약하고, 의료비 등의 경제적 부담을 가중시키고, 사회적 활동능력을 제약시킴으로써 사회적 소외감을 유발할 수 있으며, 수발자나 가족에 대한 심리적 부담감을 가중시키므로 전반적으로 노년기의 삶의 만족도를 저하시키게 된다고 보았다.

조경옥(2002)의 연구에서 신체적 질병이 독거 여성 노인의 심리적 생활만족도를 결정하는 가장 중요한 변인이었다. 또한 질병으로 인한 불편이 적을 경우 경제적 여건이 중요하였고, 신체적 질병이 심각할수록 가족의 지지가 필요하고 이것도 여의치 않을 경우 사회적 지지가 있어야 함을 보여줬다.

생활만족도는 자아존중감 및 건강상태와 유의한 순 상관관계가 있으며 (신혜숙, 2001), 건강한 노인일수록 자신의 생활에 대하여 긍정적이며, 사회적 활동에 더 적극적으로 참여하며, 자신의 경제생활에 더 만족한다고 하였다(김영자, 2000; 임현숙, 2008).

Ⅲ. 개념적 기틀

본 연구는 도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치는 요인들에 관한 문헌고찰에 근거하여 인구사회학적 특성, 사회적지지, 건강행위가 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치며 건강수준은 생활만족도에 영향을 미치는 개념들을 다음과 같이 도출하였다. 이들 간의 관계를 도식화하면 Figure 1과 같다.

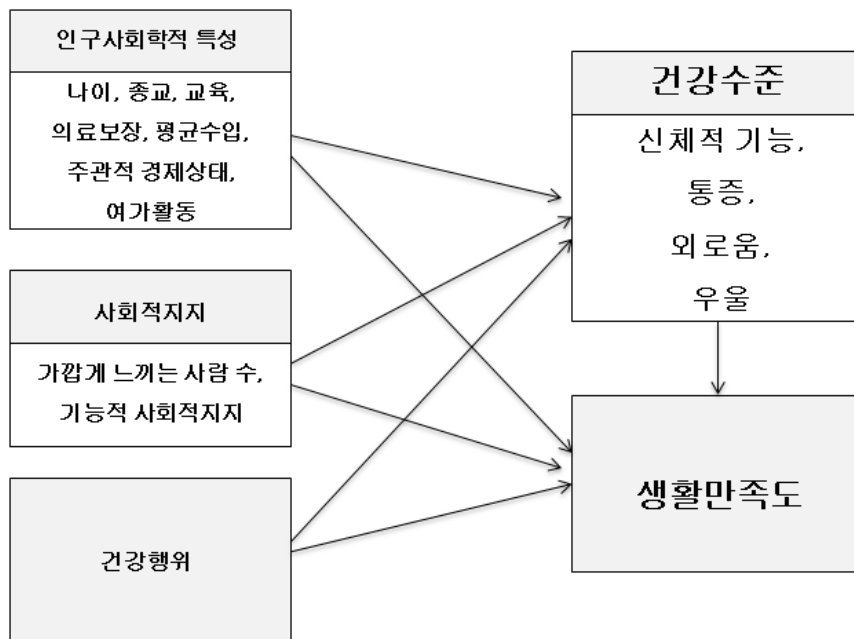


Figure 1. Conceptual Framwork

IV. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인들 간의 관계를 규명하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 모집단은 서울특별시의 65세 이상의 재가 여성독거노인으로 배우자 및 친족, 비친족 중 누구하고도 함께 거주하거나 가계를 함께 하지 않는 단독세대에 있는 65세 이상 여성독거노인이다. 2010년 기준 서울특별시의 여성독거노인 인구는 10만 6천여 명이며, 그 중 서울특별시 성북구 거주 여성독거노인 인구는 5천여 명이다(통계청, 2010).

본 연구의 자료수집 장소인 성북구는 고령인구가 많고 노령화가 빠르게 진행되는 지역으로 2010년 노령화 지수는 76.1%로 서울시 노령화 지수 69.9%보다 높고, 전년대비 6.3%p증가하여 빠른 노령화 추세를 보이고 있다(성북구청, 2011). 성북구는 전체 1인 가구 중 독거노인 가구가 차지하는 비율이 서울특별시의 16.2% 수준보다 약간 높은 18.7%이고, 독거노인 가구 중 여성독거노인이 차지하는 비율은 서울특별시 76.5%, 성북구 76.4%이다(통계청, 2010). 사회경제적 지표인 국민기초생활보장수급자 현황을 보면 서울특별시 전체 인구대비 수급 비율은 2.3%, 성북구는 2.0%이다. 또한 노인인구의 수급자 비율을 보면 자료의 특성상 직접 비교는 어려우나 서울시 노인의 수급자 비율은 5.5%. 이중 여성이 차지하는 비율은 71.0%이고, 성북구 독거노인의 수급자 비율은 16.3%, 이중 여성독거노인이 차지하는 비율은 74.0%이다(통계청, 2010; 성북구청, 2010). 이를 바탕으로 보았

을 때, 근접모집단의 특성은 표적모집단에 비해, 노령화 지수가 높고 고령자의 비율이 높으며, 독거노인 가구의 비율이 높아 상대적으로 노인의 경제수준이 더 낮은 특성을 가지고 있다.

성북구는 총 20개 동으로 이루어져 있으며 이 중 자료수집의 가능성과 편의성을 고려하여 5개동을 임의로 선정하였다. 재가 여성독거노인의 다양한 인구사회학적 특성을 반영하고 기동성의 차이에 의한 편중을 줄이고자 그 지역의 독거노인을 잘 아는 통장과 지역주민의 도움을 받아 대상자 소개를 받는 방식으로 하였다. 이중 면담에 응할 수 있는 언어적 의사소통에 어려움이 없으며 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 여성 노인이었으며 자료수집은 연구자와 훈련된 연구보조원이 면담을 통해 수집하였다.

표본의 크기는 Cohen의 power analysis 공식에 따라 G*power 프로그램을 이용하여 결정하였다. 다중회귀분석에 필요한 표본 크기는 유의수준(α)은 .05, 검정력($1-\beta$)은 .80, 중간정도의 효과크기(f^2)는 .15로 하여 13개의 예측변인을 기초로 크기를 산출한 결과 표본 크기가 131명으로 산출되었다. 총 대상자 135명 중 응답이 미흡한 4부의 설문지를 제외하고 131부가 분석에 활용되었다.

3. 연구도구

1) 사회적 지지

The Rand and Medical Outcomes Study(MOS) Team이 1991년에 개발한 The Medical Outcomes Study Social Support Survey(MOS-SSS) 도구를 임민경(2002)이 우리나라 실정에 맞게 번안한 한국판 MOS-SSS 도구로 사회적 지지를 측정하였다. 한국판 MOS-SSS 도구의 설문 구성은 구조적 지지를 측정하기 위해서 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 친구, 가족 또는 친척의 수를 측정하며, 기능적 지지를 측정하기 위해서 물질적 지지(4문항), 애정적 지지(3문항), 긍정적 사회상호작용(4문항), 정서적지지/

정보적지지(8문항)의 19문항을 측정한다. 기능적 지지 문항은 5점 Likert 형 척도로 이루어졌으며, 19문항으로 점수를 산정하는데 각각의 하부 차원별로 점수를 합산하여 0점에서 100점으로 환산하며, 환산된 각각의 하부 차원별로 점수를 합산하여 평균을 내어 총점을 산출한다. 점수가 높을수록 사회적 지지의 정도가 높음을 의미한다. 개발 당시 한국판 MOS-SSS 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .98이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .97이었다.

2) 건강행위

노인의 건강행위는 구미옥 등(2003)이 개발한 도구를 사용하였다. 영양, 운동, 기호품 제한, 스트레스 관리, 질병예방의 5개 건강행위 영역으로 구성되었으며, 영역별 건강행위를 보면 영양은 규칙적 식사, 균형식, 염분 제한, 지방과 콜레스테롤 제한, 섬유소 섭취, 칼슘 섭취의 6개 행위, 운동은 규칙적 운동, 1회 30분 이상 운동의 2개 행위, 기호품 제한은 음주절제, 흡연절제의 2개 행위, 스트레스 관리는 스트레스 완화법 사용, 사회적 지지 활용의 2개 행위, 질병예방은 정기 건강검진, 예방접종의 2개 행위로 구성되었다. 본 연구에서는 스트레스 관리 영역의 사회적 지지 활용을 제외한 13문항으로 구성하였다. 각 행위에 대해 4점 Likert형 척도로 구성되어 있으며 “항상 그렇다” 4점, “자주 그렇다” 3점, “가끔 그렇다” 2점, “거의 그렇지 않다” 1점으로 점수가 높을수록 건강행위를 자주 수행하는 것을 나타낸다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .76이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .81이었다.

3) 건강수준

(1) 신체적 기능

우리나라 노인에 맞게 신호철 등(2002)이 개발한 한국형 노인 건강 상태 평가 도구의 신체적 기능 영역을 사용하였다. 신체적 기능은 일상생활 활동, 체력, 노화에 의한 생리적 기능의 3가지 하부 영역으로 구성되어 있으며 각각의 문항은 5점 Likert형 척도로 19문항으로 구성되어 있다. “항상 그렇다” 1점, “자주 그렇다” 2점, “보통이다” 3점, “별로 그렇지 않다” 4점, “전혀 그렇지 않다” 5점이고 최저 19점에서 95점까지 가능하며 점수가 높을수록 신체적 기능이 좋음을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .94이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .96이었다.

(2) 통증

0점~10점 시각상사척도(visual analogue scale: VAS)를 이용하였고, 점수가 높을수록 통증이 심함을 의미한다.

(3) 외로움

Russell, Peplau와 Cutrona(1980)가 개발한 Revised UCLA Loneliness Scale를 김옥수(1997)가 번안한 도구를 사용하였다. 총 20문항 4점 척도로 부정의 문항은 “전혀 그렇지 않다” 1점, “거의 그렇지 않다” 2점, “가끔 그렇다” 3점, “자주 그렇다” 4점으로, 10개의 긍정 문항은 역으로 점수를 두었으며 점수가 높을수록 외로움이 큼을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .93이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .93이었다.

(4) 우울

Sheikh와 Yesavage(1986)이 개발한 GDS(Geriatric Depression Scale)

Short Form을 기백석(1996)이 표준화 한 한국판 노인 우울척도 단축형 도구를 사용하였다. 15문항으로 구성되어 있는 척도로 각 질문에 “예”, “아니오”로 응답하게 되어있으며, 우울과 관련된 응답은 1점, 그렇지 않은 경우는 0점이고 총 15점 중 측정 점수가 5이상이면 우울로 간주한다. 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .88이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .82이었다.

4) 생활만족도

우리나라의 사회문화적 배경을 바탕으로 개발된 최성재(1986)의 삶의 만족도 측정도구를 사용하였다. 측정기준은 3개의 영역을 갖는 4점 Likert형 척도로서, 과거차원의 삶의 만족도 6개 문항, 현재차원의 삶의 만족도 8개 문항, 미래차원의 삶의 만족도 6문항으로 총 20개 문항으로 구성되어 있다. 긍정적인 태도의 문항은 “전혀 그렇지 않다”에 1점, “그렇지 않다”에 2점, “그렇다”에 3점, “매우 그렇다”에 4점을 부여하고, 부정적 태도의 문항은 역으로 계산하여 총 점수가 높을수록 생활만족도가 높음을 의미한다. 도구의 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's α .87이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α .90이었다.

4. 자료 수집 방법

자료수집 기간은 2011년 7월 말부터 2011년 9월 초까지이며, 자료 수집은 간호사면허증이 있고 임상경력이 있는 훈련된 연구보조원 2명과 연구자가 구조화된 설문지를 이용하여 일대일 면접을 시행하였다.

자료 수집 전 조사자 간의 신뢰도 확보를 위해 사전모임을 통하여 연구의 목적 및 위험성, 대상자의 윤리적 측면을 고려한 접근 방법, 자료 수집을 위한 설문도구에 대한 훈련을 하였다. 또한 처음 대상자 5명은 연구자와 연구보조

원이 동시에 면담하여 평가 결과에 차이가 있는 경우 조사자간 합의가 이루어지도록 하였다. 15명을 대상으로 한 예비조사 결과 설문에 소요된 시간은 40~50분이었으며, 대상자들은 설문에 답하는데 큰 어려움이 없다고 반응하였다. 또한 도구의 신뢰도를 분석하여 신뢰도에 문제가 없음을 확인하였다.

자료 수집을 시작하기 전에 성북구에 거주하는 동별 여성독거노인의 수를 파악하고, 지역상황을 잘 아는 통장 및 지역주민에게 소개를 부탁하였다. 소득수준에 따른 편중을 줄이고자 소개자가 대상자의 경제적 수준을 가늠할 수 있는 지표인 기초생활보장수급자인지 여부를 기준으로 하였고, 기초생활수급자 35.9%, 건강보험이 64.1%의 비율로 나타났다. 대상자의 가정은 소개자와 같이 방문하거나 연락처를 받아 따로 약속을 한 후 방문하였다. 연구의 목적과 익명성 보장 등에 대해 설명한 후 설문조사를 실시하였다. 개별 질문면접을 하였으며 설문에 소요된 시간은 대상자 1인당 약 40~50분가량이 소요되었다.

5. 자료 분석 방법

수집한 자료는 SPSS 20.0 version을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 조사대상자의 인구사회학적 특성, 사회적지지, 건강행위의 빈도와 평균, 표준편차를 구하였다.
- 2) 조사대상자의 건강수준, 생활만족도의 평균과 표준편차를 구하였다.
- 3) 독립변수에 따라 조사대상자의 건강수준, 생활만족도의 차이를 파악하기 위해 t-test, ANOVA를 시행하였다.
- 4) 조사대상자의 사회적 지지, 건강행위, 건강수준과 생활만족도간의 관계를 파악하기 위해 Pearson's correlation coefficient를 시행하였다.
- 5) 조사대상자의 여러 변수들이 생활만족도를 설명하는 정도를 파악하기 위해 다중회귀분석(Multiple regression analysis)을 시행하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 특성

1) 인구사회학적 특성

연구 대상자의 평균 연령은 78.5(± 5.8)세이고 최저 연령은 66세, 최고 연령은 93세이었다. 75세 이후 여성노인의 비율은 75.6%를 차지하였다. 독거기간은 평균 24.0(± 15.4)년으로 독거이유는 사별이 102명(77.9%)으로 가장 많았고, 이혼/별거는 23명(17.6%), 미혼은 6명(4.6%)이었다.

종교는 기독교, 불교, 천주교 또는 그 외 기타 다른 종교를 가진 사람이 103명(78.6%)이고 종교가 없다고 대답한 사람이 28명(21.4%)이었다. 교육수준은 무학이 62명(47.3%)으로 가장 많았고, 초등학교 졸업 49명(37.4%), 중학교 졸업 이상이 20명(15.3%)순이었다.

의료보장 형태는 건강보험이 84명(64.1%), 의료급여가 47명(35.9%)이었다. 대상자의 한 달 평균 수입은 36만 3천원(± 22 만 9천원)이었고, 수입을 1인 가구 최저생계비 기준(553,354원, 2012기준(보건복지부 지역복지))으로 구분하였을 때 월평균 수입이 최저생계비 이하인 사람이 119명(90.8%), 최저생계비 이상인 사람이 12명(9.2%)이었다. 주 수입원은 기초노령연금이 118명(90.1%), 기초생활보장급여가 46명(35.1%), 가족 용돈이 44명(33.6%), 근로소득 11명(8.4%), 연금 10명(7.6%)순이었으며, 기타 16명(12.2%)에는 임대업, 자산, 긴급지원자금 등이 포함되었다.

주관적 경제 수준은 ‘매우 나쁘다’라고 응답한 대상자가 26명(19.8%), ‘나쁘다’ 48명(36.6%), ‘보통 이상이다’ 57명(43.5%)이었다. 주거형태는 전세가 71명(54.2%)으로 가장 많았고, 자가 26명(19.8%), 월세 23명(17.6%)순이었다.

여가활동 형태는 노인여가복지시설을 이용하는 사람이 21명(16.0%), 노인여가복지시설 외 55명(42.0%), 없음이 55명(42.0%)이었다.

연구 대상자 중 102명(77.8%)의 사람이 통증을 느낀다고 응답하였으며, 평균 보유 질환 수는 2.9(± 1.7)개이었다(Table 1).

Table 1. General characteristics of subjects (N=131)

Characteristics	Categories	n(%)	Mean \pm SD	Range
Age (years)	65-69	6(4.6)	78.5 \pm 5.8	66-93
	70-74	26(19.8)		
	75-79	41(31.3)		
	80-84	39(29.8)		
	85 +	19(14.5)		
Duration of living alone(years)		n=125 †	24.0 \pm 15.4	2-62
Reason for living alone	bereaved	102(77.9)		
	divorced / separated	23(17.6)		
	single	6(4.6)		
Religion	Christian	40(30.5)		
	Buddhism	44(33.6)		
	Catholic	16(12.2)		
	none	28(21.4)		
	other	3(2.3)		
Level of education	none	62(47.3)		
	elementary school	49(37.4)		
	above middle school	20(15.3)		
Type of public insurance	National health insurance	84(64.1)		
	Medicaid	47(35.9)		

Monthly income (1,000won)	Less than the minimum cost of living	119(90.8)	36.3±22.9	9-200
	More than the minimum cost of living	12(9.2)		
	Basic senior pension	118(90.1)		
	National basic livelihood security benefits	46(35.1)		
Main source of income †	Pension	10(7.6)		
	Family members	44(33.6)		
	Own salary	11(8.4)		
	Other	16(12.2)		
Subjective economic status	very poor	26(19.8)		
	poor	48(36.6)		
	above middle	57(43.5)		
Ownership of residence	self-owned	26(19.8)		
	lease(deposit basis)	71(54.2)		
	monthly rent	23(17.6)		
	other	11(8.4)		
Leisure activity	senior center	21(16.0)		
	non senior center	55(42.0)		
	none	55(42.0)		
Frequency of pain	never	3(2.3)		
	rarely	26(19.8)		
	sometimes	32(24.4)		
	often	41(31.3)		
	very often	29(22.1)		
No. of disease			2.9±1.6	0-9

† multiple response

2) 사회적 지지와 건강행위

대상자의 사회적 지지는 가깝게 느끼는 사람 수가 평균 $2.5(\pm 1.7)$ 명이었고, 기능적 사회적 지지의 평균 점수는 $45.9(\pm 23.6)$ 점이었다. 건강행위는 평균 $2.8(\pm 0.5)$ 점이었다(Table 2).

Table 2. Social support and health behavior (N=131)

Variables		No. of items	Mean \pm SD	Range
Social support	No. of close persons	1	2.5 ± 1.7	0-8
	Functional social support	19	45.9 ± 23.6	2.3-98.4
Health behavior		13	2.8 ± 0.5	1.46-4.0

2. 건강수준과 생활만족도

본 연구의 종속변수인 건강수준과 생활만족도에 대한 서술적 통계값은 표3과 같다. 신체적 기능은 총 95점 중 55.2(\pm 18.2)점이었다. 통증은 총 10점 중 5.5(\pm 2.6)점이었다. 외로움은 총 80점 중 평균 49.6(\pm 12.7)점이었다. 우울은 총 15점 중 평균 9.5(\pm 3.8)점이었다. 생활만족도는 총 80점 중 평균 46.7(\pm 9.2)점이었다.

변수들의 정규 분포를 파악하기 위해서 왜도와 첨도를 살펴보았다. 왜도와 첨도는 자료 점들의 분포형태를 나타내 주는 척도로써 이 값들이 0에 가까움은 표본의 분포가 정규분포에 근접됨을 나타내며, 절대값이 2를 넘으면 정규분포를 벗어남을 의미한다(배정민, 2012). 측정 변수는 왜도와 첨도 모두 절대값이 2를 넘지 않으므로 정규분포를 벗어나는 변수는 없는 것으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Health status and life satisfaction (N=131)

	Variables	Mean \pm SD	Range	Skewness	Kurtosis
Health status	Physical function	55.2 \pm 18.2	23-91	.02	-1.16
	Pain	5.4 \pm 2.6	0-10	-.37	-.64
	Loneliness	49.6 \pm 12.7	20-75	-.28	-.04
	Depression	9.5 \pm 3.8	0-15	-.54	-.64
	Life satisfaction	46.7 \pm 9.2	28-70	-.21	-.19

3. 인구사회학적 특성에 따른 건강수준과 생활만족도의 차이

1) 인구사회학적 특성에 따른 신체적 기능의 차이

대상자의 인구사회학적 특성과 신체적 기능의 관계에서 유의한 차이를 보인 특성은 평균수입, 주관적 경제 수준, 여가활동 형태이었다. 평균수입은 최저생계비 이하 53.8(± 17.8)점, 최저생계비 이상 69.1(± 16.8)점으로 차이를 보였다($t(129) = -2.84, p < .05$). 주관적 경제 수준에 따른 신체적 기능은 ‘매우 나쁘다’ 46.8(± 16.7)점, ‘나쁘다’ 56.8(± 17.7)점, ‘보통 이상이다’ 57.7(± 18.4)점이었으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F(2,128) = 3.68, p < .05$). Scheffé 사후 검정 결과 ‘보통 이상이다’와 ‘나쁘다’군이 동질한 군으로 묶였고, ‘매우 나쁘다’군이 앞의 두 그룹과 구분되었다. 여가활동 형태에 따른 신체적 기능은 노인여가복지시설 56.1(± 14.8)점, 노인여가복지시설 외 59.8(± 16.5)점, 없다 50.3(± 20.0)점이었다. 그룹 간 신체적 기능 점수의 분산이 Levene의 등분산을 가정하지 않아 Welch의 강건한 분산분석과 Brown-Forsythe test를 시행하였다. 등분산을 가정하지 않을 때 Welch의 강건한 분산분석과 Brown-Forsythe test 모두 유의한 결과가 나와야 모수적 통계분석으로 해석이 가능하다. Welch의 강건한 분산분석 결과 $F(2,60.10) = 3.66(p < .032)$, Brown-Forsythe test에서 $F(2,104.65) = 4.37(p < .015)$ 로 모두 유의한 차이를 보였다. 이후 사후검정은 Dunnett T3을 시행하였으며, 여가활동을 하지 않는 사람과 노인복지시설 외 장소에서 여가활동을 하는 그룹과 구분되었다.

교육수준에 따른 신체적 기능은 무학 53.4(± 18.9)점, 초등학교 53.9(± 16.5)점, 중학교 이상 64.4(± 18.2)점으로 나왔으나, 평균수입을 통제하고 교육수준에 따라 신체적 기능에 차이가 있는지 공분산분석을 실시한 결과 교육수준에 따른 신체적 기능 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($F = 0.41, p = .522$)

대상자의 종교 유무, 의료보장 형태에서는 신체적 기능에서 유의한 차이가 없었다(Table 4).

2) 인구사회학적 특성에 따른 통증의 차이

대상자의 인구사회학적 특성과 통증의 관계에서 유의한 차이를 보인 특성은 평균수입, 주관적 경제 수준이었다. 평균수입은 최저생계비 이하 $5.6(\pm 2.5)$ 점, 최저생계비 이상 $4.0(\pm 3.1)$ 으로 차이를 보였다($t(129)=2.03$, $p<.05$). 주관적 경제 수준에 따른 통증은 ‘매우 나쁘다’ $6.7(\pm 2.0)$ 점, ‘나쁘다’ $5.1(\pm 2.4)$ 점, ‘보통 이상이다’ $5.1(\pm 2.8)$ 점이었으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F(2,128)=3.92$, $p<.05$). Scheffé 사후 검정 결과 ‘보통 이상이다’와 ‘나쁘다’군이 동질한 군으로 묶였고, ‘매우 나쁘다’군이 앞의 두 그룹과 구분되었다.

교육수준은 무학 $5.7(\pm 2.5)$ 점, 초등학교 $5.7(\pm 2.5)$ 점, 중학교 이상 $4.0(\pm 2.5)$ 점으로 나왔으나, 평균수입을 통제하고 교육수준에 따라 통증에 차이가 있는지 공분산분석을 실시한 결과 교육수준에 따른 통증 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($F=2.26$, $p=.109$)

대상자의 종교 유무, 의료보장 형태, 여가활동 형태는 통증에서 유의한 차이가 없었다(Table 4).

3) 인구사회학적 특성에 따른 외로움의 차이

대상자의 인구사회학적 특성과 외로움의 관계에서 유의한 차이를 보인 특성은 평균수입, 주관적 경제 수준, 여가활동 형태이었다.

평균수입은 최저생계비 이하 $50.5(\pm 12.4)$ 점, 최저생계비 이상 $40.8(\pm 12.3)$ 점으로 차이를 보였다($t(129)=2.58$, $p<.05$). 주관적 경제 수준에 따른 외로움은 ‘매우 나쁘다’가 $57.5(\pm 10.6)$ 점으로 ‘나쁘다’ $49.0(\pm 13.5)$ 점, ‘보통

이상이다' 46.5(\pm 11.3)점 보다 유의하게 외로움이 큰 것으로 나타났다($F(2,128)=7.59, p<.001$). Scheffé 사후 검정 결과 '보통 이상이다'와 '나쁘다'군이 동질한 군으로 묶였고, '매우 나쁘다'군이 앞의 두 그룹과 구분되었다.

여가활동 형태에 따른 외로움은 노인여가복지시설을 이용하는 노인이 44.9(\pm 11.7)점, 노인여가복지시설 외 장소 및 시설을 이용하는 노인이 47.9(\pm 13.2)점, 여가활동을 하지 않는 노인이 53.1(\pm 11.7)점으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($F(2,128)=4.25, p<.05$). Scheffé 사후 검정에서는 노인여가복지시설을 이용하는 노인과 여가활동을 하지 않는 노인간에 유의한 차이가 있었고($p<.05$) 노인여가복지시설 외 곳을 이용하는 노인은 어느 그룹과도 차이가 없었다.

교육수준에 따른 외로움은 무학 50.7(\pm 11.5)점, 초등학교 51.3(\pm 13.5)점으로 중학교 이상 42.1(\pm 11.8)점으로 나왔으나, 평균수입을 통제하고 교육수준에 따라 외로움에 차이가 있는지 공분산분석을 실시한 결과 교육수준에 따른 외로움 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($F=2.36, p=.098$)

대상자의 종교 유무, 의료보장 형태는 외로움에서 유의한 차이가 없었다(Table 4).

4) 인구사회학적 특성에 따른 우울의 차이

대상자의 인구사회학적 특성과 우울간의 관계에서 유의한 차이를 보인 특성은 평균수입, 주관적 경제 수준이었다.

평균수입은 최저생계비 이하 9.8(\pm 3.6)점, 최저생계비 이상 6.3(\pm 4.3)으로 차이를 보였다($t(129)=3.19, p<.05$). 주관적 경제 수준에 따른 우울 점수는 '매우 나쁘다' 12.2(\pm 2.0)점, '나쁘다' 9.4(\pm 3.8)점, '보통 이상이다' 8.4(\pm 3.8)점이었다(Welch test $F(2,82.13)=20.43(p<.001)$, Brown-Forsythe test $F(2,124.05)=12.78(p<.001)$). Dunnett T3 사후 검정 결과 '보통 이상이다'와 '나쁘다'군이 동질한 군으로 묶였고, '매우 나쁘다'군이

앞의 두 그룹과 구분되었다.

교육수준은 무학 9.8(± 3.6)점, 초등학교 9.9(± 3.7)점, 중학교 이상 7.6(± 3.9)점으로 나왔으나, 평균수입을 통제하고 교육수준에 따라 우울에 차이가 있는지 공분산분석을 실시한 결과 교육수준에 따른 우울 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($F=1.09$, $p=.341$)

그러나 대상자의 종교 유무, 의료보장 형태, 여가활동 형태는 우울과 유의한 차이가 없었다(Table 4).

Table 4. Difference of health status according to socio-demographic characteristics (N=131)

Variables	Categories	n	Health status											
			Physical function			Pain			Loneliness			Depression		
			Mean±SD	t/F	p	Mean±SD	t/F	p	Mean±SD	t/F	p	Mean±SD	t/F	p
Religion	No	28	50.4±20.6	-1.59	.113	5.5±2.6	0.19	.853	48.3±13.1	-0.64	.523	9.4±3.8	-0.21	0.833
	Yes	103	56.5±17.4			5.4±2.6			50.0±12.6			9.6±3.8		
Level of education	none	62	53.4±18.9 ^a	3.06	.050*	5.7±2.5 ^a	3.76	.026*	50.7±11.5 ^a	4.47	.013*	9.8±3.6 ^a	3.21	0.044*
	elementary school	49	53.9±16.5 ^{ab}			5.7±2.5 ^a			51.3±13.5 ^a			9.9±3.7 ^a		
	above middle school	20	64.4±18.2 ^b			4.0±2.5 ^b			42.1±11.8 ^b			7.6±3.9 ^b		
Type of public insurance	National medical insurance	84	56.6±18.7	1.18	.240	5.5±2.6	0.33	.739	48.3±13.2	-1.54	.126	9.4±3.8	-0.49	0.622
	Medicaid	47	52.7±17.2			5.3±2.5			51.9±11.5			9.7±3.8		
Monthly income	Less than the minimum cost of living	119	53.8±17.8	-2.84	.005*	5.6±2.5	2.03	.044*	50.5±12.4	2.58	.011*	9.8±3.6	3.19	.002*
	More than the minimum cost of living	12	69.1±16.8			4.0±3.1			40.8±12.3			6.3±4.3		
Subjective economic status	very poor	26	46.8±16.7 ^a	3.68	.028*	6.7±2.0 ^a	3.92	.022*	57.5±10.6 ^a	7.59	.001**	12.2±2.0 ^a	20.43 [†]	.001**
	poor	48	56.8±17.7 ^b			5.1±2.4 ^b			49.0±13.5 ^b			9.4±3.8 ^b	12.78 ^{††}	
	above middle	57	57.7±18.4 ^b			5.1±2.8 ^b			46.5±11.3 ^b			8.4±3.8 ^b		
Leisure activity	senior center	21	56.1±14.8 ^{ab}	3.66 [†]	.032*	4.7±2.1	1.80	.169	44.9±11.7 ^a	4.25	.016*	8.3±3.6	1.36	.261
	non senior center	55	59.8±16.5 ^a	4.37 ^{††}	.015*	5.3±2.5			47.9±13.2 ^{ab}			9.6±3.7		
	none	55	50.3±20.0 ^b			5.9±2.7			53.1±11.7 ^b			9.9±3.9		

Note. † Welch test †† Brown-Forsythe test, p<.05* p<.001**

5) 인구사회학적 특성에 따른 생활만족도의 차이

대상자의 인구사회학적 특성과 생활만족도와의 관계에서 유의한 차이를 보인 특성은 평균수입, 주관적 경제 수준, 여가활동 형태이었다. 평균수입은 최저생계비 이하 $45.7(\pm 8.7)$ 점, 최저생계비 이상 $56.9(\pm 7.2)$ 점으로 차이를 보였다($t(129)=-4.33, p<.001$). 주관적 경제 수준에 따른 생활만족도는 ‘매우 나쁘다’ $38.9(\pm 8.3)$ 점, ‘나쁘다’ $46.6(\pm 8.4)$ 점, ‘보통 이상이다’ 50.3 ± 7.9 점으로 유의하게 차이가 있었다($F(2,128)=17.36, p<.001$). Scheffé 사후 검정 결과 ‘보통 이상이다’와 ‘나쁘다’군이 동질한 군으로 묶였고, ‘매우 나쁘다’군이 앞의 두 그룹과 구분되었다.

여가활동 형태에 따른 생활만족도는 노인여가복지시설을 이용하는 노인이 $51.1(\pm 5.6)$ 점, 노인여가복지시설 외 $47.8(\pm 8.6)$ 점, 여가활동을 하지 않는 노인이 $43.9(\pm 10.0)$ 점으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다(Welch test $F(2,69.53)=7.85(p<.001)$, Brown-Forsythe test $F(2,123.58)=7.22(p<.001)$). Dunnett T3 사후 검정 결과 노인여가복지시설을 이용하는 군과 여가활동을 하지 않는 군이 구분되었다.

대상자의 종교 유무, 의료보장 형태는 생활만족도에서 유의한 차이가 없었다(Table 5).

Table 5. Difference of life satisfaction according to socio-demographic characteristics (N=131)

Variables	Categories	n	Life satisfaction		
			Mean(SD)	t/F	p-value
Religion	No	28	47.1±9.9	0.27	.785
	Yes	103	46.6±9.0		
Level of education	none	62	46.6±9.0 ^a	4.65	.011*
	elementary school	49	44.7±9.5 ^a		
	above middle school	20	51.9±7.0 ^b		
Type of public insurance	National medical insurance	84	47.3±9.6	1.08	.282
	Medicaid	47	45.5±8.2		
Monthly income	Less than the minimum cost of living	119	45.7±8.7	-4.33	.001**
	More than the minimum cost of living	12	56.9±7.2		
Subjective economic status	very poor	26	38.9±8.3 ^a	17.36	.001**
	poor	48	46.6±8.4 ^b		
	above middle	57	50.3±7.9 ^b		
Leisure activity	senior center	21	51.1±5.6 ^a	7.85 [†]	.001**
	non senior center	55	47.8±8.6 ^{ab}	7.22 ^{††}	.001**
	none	55	43.9±10.0 ^b		

Note. † Welch test †† Brown-Forsythe test
p<.05* p<.001**

6) 교육수준과 주관적 경제 수준, 평균수입 사이의 상호관련성

이들 변수는 사회경제적 수준(SES, Socioeconomic status)을 나타내는 지표로 변수간의 상호관련성의 문제가 있을 수 있어, 카이제곱 검정과 Fisher의 정확한 검정으로 상호관련성을 분석 하였다.

주관적 경제 수준과 교육수준은 $\chi^2=4.24(p=.375)$ 로 상관성이 없었고, 평균수입과 교육수준의 관계는 $\chi^2=19.58(p=.001)$, 주관적 경제 수준과 평균수입과의 관계는 $\chi^2=16.42(p=.001)$ 으로 상호관련성이 있었다. 교육수준에 따른 생활만족도는 무학 46.6(± 9.0)점, 초등학교 44.7(± 9.5)점으로 중학교 이상 51.9(± 7.0)점으로 나왔으나, 평균수입을 통제하고 교육수준에 따라 생활만족도에 차이가 있는지 공분산분석을 실시한 결과 교육수준에 따른 생활만족도 차이는 통계적으로 유의하지 않았다($F=1.40, p=.251$)(Table 6).

Table 6. Difference of life satisfaction according to level of education

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Corrected Model	1587.134 ^a	3	529.05	7.21	.000
Intercept	180709.956	1	180709.96	2463.78	.000
Monthly income	848.271	1	848.27	11.57	.001
Level of education	204.757	2	102.38	1.40	.251
Error	9315.034	127	73.35		
Total	296440.000	131			
Corrected Total	10902.168	130			

a. R Squared = .146 (Adjusted R Squared = .125)

4. 주요 변수들과 건강수준, 생활만족도간의 상관관계

대상자의 신체적 기능은 나이($r=-.40, p<.001$)와 중간정도의 역 상관관계가 있었고, 한 달 평균수입($r=.27, p<.05$), 주관적 경제수준($r=.21, p<.05$), 가깝게 느끼는 사람 수($r=.32, p<.001$), 사회적 지지($r=.23, p<.05$), 건강행위($r=.42, p<.001$)와 정 상관관계가 있었다.

통증은 가깝게 느끼는 사람 수($r=-.23, p<.05$), 사회적지지($r=-.25, p<.05$), 건강행위($r=-.21, p<.05$)와 낮은 역 상관관계가 있었다.

외로움은 주관적 경제수준($r=-.30, p<.001$)과 낮은 역 상관관계, 가깝게 느끼는 사람 수($r=-.45, p<.001$), 사회적지지($r=-.70, p<.001$), 건강행위($r=-.49, p<.001$)와 중간정도의 역 상관관계가 있었다.

우울은 주관적 경제수준($r=-.34, p<.001$), 가깝게 느끼는 사람 수($r=-.28, p<.001$)와 낮은 역 상관관계, 사회적지지($r=-.41, p<.001$), 건강행위($r=-.45, p<.001$)와 중간정도의 역 상관관계가 있었다.

생활만족도는 한 달 평균 수입($r=.25, p<.05$), 가깝게 느끼는 사람 수($r=.34, p<.001$)와 낮은 정 상관관계, 주관적 경제수준($r=.44, p<.001$), 사회적지지($r=.51, p<.001$), 건강행위($r=.47, p<.001$), 신체적 기능($r=.45, p<.001$)과는 중간정도의 정 상관관계가 있었다. 통증($r=-.41, p<.001$)과 중간정도의 역 상관관계, 외로움($r=-.77, p<.001$), 우울($r=-.76, p<.001$)과 강한 역 상관관계가 있었다(Table 7).

Table 7. Correlations among major variables, health status and life satisfaction

Variables	Age r(p)	Monthly income r(p)	Subjective economic r(p)	No. of close persons r(p)	Social support r(p)	Health behavior r(p)	Physical function r(p)	Pain r(p)	Loneliness r(p)	Depression r(p)	life satisfaction r(p)
Age	1										
Monthly income	-.13 (.144)	1									
Subjective economic	.14 (.116)	.35** (.001)	1								
No. of close persons	.01 (.957)	-.02 (.816)	.19* (.031)	1							
Social support	.03 (.784)	.11 (.197)	.23* (.007)	.45** (.001)	1						
Health behavior	-.17 (.053)	.23* (.008)	.30** (.001)	.26* (.003)	.44** (.001)	1					
Physical function	-.40** (.001)	.27* (.002)	.21* (.016)	.32** (.001)	.23* (.007)	.42** (.001)	1				
Pain	.11 (.216)	-.14 (.108)	-.16 (.060)	-.23* (.008)	-.25* (.004)	-.21* (.017)	-.53** (.001)	1			
Loneliness	.11 (.211)	-.13 (.142)	-.30** (.001)	-.45** (.001)	-.70** (.001)	-.49** (.001)	-.45** (.001)	.44** (.001)	1		
Depression	-.02 (.816)	-.17 (.052)	-.34** (.001)	-.28** (.001)	-.41** (.001)	-.45** (.001)	-.41** (.001)	.43** (.001)	.65** (.001)	1	
life satisfaction	0.01 (.895)	.25* (.004)	.44** (.001)	.34** (.001)	.51** (.001)	.47** (.001)	.45** (.001)	-.41** (.001)	-.77** (.001)	-.76** (.001)	1

p<.05* p<.001**

5. 생활만족도에 영향을 미치는 요인

생활만족도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위한 회귀분석에 앞서 다중공선성 여부를 조사하기 위해서 분산확대지수(variance inflation factors, VIF)를 분석하였다. 일반적으로 VIF 값이 10을 넘으면 다중공선성의 가능성이 높다고 판단한다. 본 연구의 회귀분석에서는 모든 VIF 값이 1~3으로 충분히 낮아 다중공선성의 문제가 없음을 확인하였다.

또한 단순상관계수의 절대값이 보통 .8이상인 경우 다중공선성을 인정하는데(이은옥 외, 2009) 상관계수의 절대값이 .8 이상이 되는 것은 없는 것으로 나타났다. 다만, 외로움과 우울, 외로움과 사회적 지지사이의 상관관계가 중간 이상으로 높아(각 $r=.65$, $p<.001$, $r=.70$, $p<.001$) 변수들 간의 교호작용을 확인하기 위해 일변량분석을 실시하였고, 교호작용이 없음을 확인하였다.

회귀분석에서 종속변수의 오차항이 서로 독립적인지를 검정하기 위해 더빈-왓슨 검정(Durbin-Watson test)을 시행하여 자기상관성이 없음을 확인하였다. 더빈-왓슨 검정 통계량은 0이상 4이하의 값을 가지는데 값이 2에 근사하면 오차 항들 간에 자기상관(autocorrelation)이 없는 것으로 판단한다. 본 연구의 회귀분석에서 더빈-왓슨 검정 통계량은 1~2 근처로 나타나 오차항들 간에 자기상관 문제가 없음을 확인하였다.

본 연구에서는 독립변수와 종속변수 간에 유의한 차이가 있거나 상관성이 있는 변수만을 분석에 투입하여 입력방법(enter method)으로 다중회귀분석을 실시하였다.

외로움과 우울이 생활만족도에 부적(-) 영향을 미치고, 주관적 경제 수준이 양적(+) 영향을 미치는 것으로 나타났다. 여가활동 형태에 따라서는 여가활동을 하지 않는 군에 비해 노인여가복지시설을 이용한 여가활동을 하는 군이 생활만족도에 양적(+) 영향을 미치는 것으로 나타났다. 전체 모형의 설명력(Adjusted R²)은 .73으로 모형이 생활만족도를 73% 설명해주는

것으로 나타났으며 이 모형의 적합도는 .001 수준에서 통계적으로 유의하였다($F=35.30$)(Table 8).

Table 8. Regression of life satisfaction

Variables	Life satisfaction					
	B	SE	β	t	p	VIF
Loneliness	-.33	.06	-.45	-5.53	.001**	3.178
Depression	-1.05	.16	-.43	-6.54	.001**	2.043
Subjective economic status	1.56	.54	.15	2.91	.004*	1.185
Leisure activity						
none	reference					
senior center	2.88	1.36	.12	2.12	.036*	1.405
non senior center	1.98	1.07	.11	1.85	.067	1.584
No. of close persons	-.27	.30	-.05	-.90	.371	1.493
Social support	-.01	.03	-.02	-.32	.752	2.192
Health behavior	-.67	1.19	-.04	-.56	.575	1.817
Physical function	.03	.03	.06	.91	.367	1.768
Pain	.07	.21	.02	.36	.723	1.590
Adjusted R square	.73					
R square	.75					
F-value	35.30**					
Durbin-watson	2.24					

Note. Leisure activity(none=0 0, senior center=1 0, non senior center=0 1)
 $p<.05$ * $p<.001$ **

VI. 논의

본 연구는 도시지역 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도를 파악하고, 인구사회학적 특성에 따른 건강수준과 생활만족도, 그리고 주요 변수들과 건강수준, 생활만족도 간의 상관분석을 통하여 여성독거노인의 생활만족도를 향상시키기 위한 간호학적 함의를 이끌어내고자 연구를 실시하였다. 본 연구결과를 바탕으로 여러 요인들에 따른 건강수준과 생활만족도를 논의한 후 주요변수들과 건강수준, 생활만족도간 상관분석과 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 대해 논의하고자 한다.

1. 건강수준

대상자의 건강수준의 하위 영역인 신체적 기능 점수는 55.2점으로 도시지역 여성노인을 대상으로 한 신경림과 김정선(2004)의 57.1점과 비슷수준이었다. 5점 척도로 하여 신체적 기능점수를 살펴보았을 때 2.9점으로 ‘보통이다’인 3점보다 약간 낮게 나타나는 것을 알 수 있었고, 이는 서울지역 재가노인을 대상으로 한 정춘선(2005)의 3.45보다 낮은 점수이었다.

본 연구에서 인구사회학적 특성에 따른 신체적 기능은 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 또한 나이와 역 상관관계가 있었고, 사회적 지지, 건강행위와 정 상관관계가 있었다. 이는 연령, 교육정도, 용돈정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있다고 보고한 선행연구(신경림과 김정선, 2004; 정춘선, 2005)의 연구결과와 부분적 일치를 나타내었다. 하지만 본 연구에서는 월평균 소득을 통제하였을 때 교육수준은 신체적 기능과 직접적 관련이 없는 것으로 나타났다.

통증은 평균 5.4점으로 중간이상의 통증 정도를 호소하였고, 대상자 중 78.7%의 사람이 통증을 느낀다고 응답하였다. 이는 대부분(85.2%)의 여성독거노인이 중간정도의 통증을 지속적으로 호소한다는 김희경, 이현주와

박순미(2010)의 연구결과와 유사하였다. 노인의 건강문제는 대부분 근골격계 질환, 암, 말초혈관 질환과 같은 만성질환으로 이러한 질환들 대부분은 통증을 수반하고 있어서, 재가노인의 80%이상이 통증을 경험한다는 연구(육미경, 1998)를 뒷받침해 준다. 도시 여성노인을 대상으로 한 조동숙(2006)의 연구에서 대상자가 가장 많이 호소한 건강문제는 통증으로 94.4%의 대상자가 각종 통증을 호소하였으며, 향후 여성노인이 갖고 있는 건강문제 중 각종 통증 완화 방안이 되어야 함을 확인할 수 있었다.

본 연구에서는 주관적 경제수준에 따라 통증정도에 차이가 있었다. 하지만 평균수입과 교육수준은 서로를 통제했을 때 통증에 차이가 없었다.

외로움은 평균 49.6점으로 나타났다. Perry(1990)의 연구에 의하면, Revised loneliness Scale 총점이 20~34점은 저 단계 외로움, 35~49점은 중등도 외로움, 50~64점은 중고도 외로움, 65~80점은 고단계 외로움으로 분류하였는데, 이는 중등도 외로움에 속하는 단계이다. 독거노인을 대상으로 한 이성훈, 원장원, 백화순 등(2008)의 연구에서 49.7점과 비슷한 수준이다. 여성독거노인을 대상으로 한 연구(성미혜, 임영미와 주경숙, 2011)에서 41.3보다 높은 점수이다. 또한 점수를 4점 척도로 환산하여 하였을 때 2.5점으로 일개도시 보건소에 등록된 여성독거노인을 대상으로 한 김희경, 이현주와 박순미(2010)의 2.43보다 약간 높은 수준이었다. 이는 선행 연구(이성훈, 원장원, 백화순 등, 2008; 김희경, 이현주와 박순미, 2010; 성미혜, 임영미와 주경숙, 2011)의 대상자가 지역사회 복지기관에서 관리하는 노인이거나 보건소 등록 대상자를 대상으로 수행하였기에 본 연구와 비교하였을 때 상대적으로 외로움의 정도가 낮았을 것으로 사료된다. 또한 지역사회 노인여가복지시설을 이용하는 노인을 대상으로 한 연구(송준아 외, 2007)에서 39.6점보다 크게 높았는데, 이는 외로움이 가깝게 느끼는 사람수, 사회적 지지, 건강행위와 부적 상관관계를 보이고, 또한 여가활동 형태에 따른 차이를 볼 때 노인여가복지시설을 이용하는 노인이 44.9(± 11.7)점, 노인여가복지시설 외 장소 및 시설을 이용하는 노인이 47.9(± 13.2)점, 여가활동을 하지 않는 노인이 53.1(± 11.7)점으로 통계적으로 유의한 차이

를 보인($F(2,128)=4.25, p<.05$) 본 연구와 일치하였다. 노인은 신체적 노화, 사회적, 경제적인 어려움, 배우자와의 사별, 사회적 역할상실 등으로 인해 외로움을 느끼는데 노인여가복지시설과 같은 또래집단 모임에서 부족한 사회역할을 채움으로써 사회적 소외감을 줄일 수 있다고 보여진다. 상대적으로 신체적 기능이 낮은 노인들이 이용할 수 있는 지역사회 내 노인정은 다양한 건강프로그램이 부족한 실정이다. 건강행위와 사회적 지지는 생활만족도 뿐 아니라, 독거여성노인의 건강수준에도 밀접한 관련이 있기 때문에 이러한 시설에서의 다양한 건강프로그램이 필요함을 나타내었다.

우울은 평균 9.5점으로 나타났다. 이는 노인복지관 재가복지사업 지원을 받고 있는 독거노인을 대상으로 한 이성훈, 원장원, 백화순 등(2008)의 연구 7.9보다 높은 수준이다. 보건소 등록 여성독거노인을 대상으로 한 김희경, 이현주와 박순미(2010)의 연구에서 4점 척도로 변환한 우울점수에서 2.57점으로 보통이상 우울을 경험하는 것으로 나타났는데, 본 연구의 우울점수를 표준점수로 변환하여 비교하였을 때 비슷한 수준임을 확인할 수 있었다. 이는 일반적으로 남성에 비해 여성노인이 우울을 더 경험해서 나타나는 결과로 보여진다.

본 연구에서 인구사회학적 특성에 따른 우울은 평균수입, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 연령, 교육정도, 용돈 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있다고 보고한 선행연구(김귀분, 이윤정과 석소현, 2008)의 연구결과와 부분적 일치를 나타내었다. 하지만 본 연구에서는 월평균 소득을 통제하였을 때 교육수준은 우울과 직접적 관련이 없는 것으로 나타났다. 또한 김귀분 등(2008)의 연구에서 가족동거노인과 독거노인의 우울을 비교하였는데, 독거노인의 우울정도가 유의하게 높게 나왔고, 이는 독거노인이 가족동거노인보다 관계 형성이 부족하거나 없음으로 인하여 죽음에의 두려움, 자신감의 결여에서 오는 상실감, 배우자와 친구들의 죽음에서 오는 외로움 등으로 우울 정도가 더 심한 것으로 보았다. 그러므로 노인의 우울 정도를 감소시키기 위하여 친구, 지역사회 모임 등과 같은 대인관계 형성을 갖도록 중재할 필요가 있다고 보여진다.

따라서 이를 종합한 결과 여성독거노인의 건강수준 주요 영향 변수는 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태, 사회적 지지와 건강행위인 것으로 나타났다. 가구유형에 따른 한국 노인의 건강상태를 비교한 전예슬(2009)의 연구에서 평균수입과 친구·이웃 접촉 횟수, 사회활동 가입수는 부부가구 노인의 건강상태에는 큰 영향을 미치지 않았지만 독인가구에는 주요한 영향을 미치는 요인으로 나타나 평균수입과 사회적 지지는 독거가구의 건강상태에 주요 영향인자로 확인되었다.

2. 생활만족도

생활만족도는 평균 46.7점으로 나타났다. 지역사회 노인복지시설 등록 독거노인을 대상으로 한 한혜경과 이유리(2009)의 연구에서 3점 척도로 환산하였을 때 1.75점, 일반 지역사회 독거노인을 대상으로 한 이진석(2010)의 연구에서 5점 척도로 보았을 때 2.97점과 본 연구의 결과를 표준점수로 환산하여 비교하였을 때 비슷한 수준이었다. 기초생활보장자로 등록된 저소득층 독거노인을 대상으로 한 허선영(2002)의 연구에서 11.74와 비교하였을 때 보다는 높은 수준이다.

본 연구에서 인구사회학적 특성에 따른 생활만족도는 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 이는 주관적 경제상태, 종교유무, 건강상태, 주택소유에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있다고 보고한 선행연구(이진석, 2010; 허선영, 2002)의 연구와 부분적 일치를 나타내었다. 용돈수준에 따라서 용돈이 부족하다고 한 대상자에 비해 충분하다고 한 대상자에게 생활만족도가 높게 나왔다는 선행연구(장숙희, 2006; 최은영, 김지영과 김혜숙, 2003)의 연구결과와 일치하고 있어 노인의 생활만족도는 경제수준과 밀접한 관계가 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 연령과 종교, 교육수준은 생활만족도와 관계가 없는 것으로 나타났다. 이는 노인들은 연령이 증가할수록 건강이나 가족에 대한 만족도

가 감소하여 생활 만족도가 감소한다고 한 백선숙(2005)과 김재돈(1997)의 연구와 일반적으로 종교를 가진 노인들이 종교를 갖지 않은 노인들보다 생활 적응력이 높고, 소외감도 덜 느껴 생활만족도가 높다는 연구(고승덕, 1995; 김태현, 1986; 정혜정 등, 2000)와 차이가 있었다. 종교활동은 개인에게 지역사회의 소속감 및 공동체의식을 가지게 하여 삶의 의미를 찾는 데 도움을 주고, 죽음에 대한 긍정적인 태도와 노년기의 상실감을 인정할 수 있는 심리적 안정감을 제공하고(고승덕, 1995; 김태현, 1986), 노년기 사회활동 참여가 노인의 생활만족에 긍정적인 영향을 준다는 맥락에서 종교적인 활동에 많이 참여하는 노인들의 생활만족도가 높다는 연구와 다른 점을 보여준다.

노인의 여가활동 형태가 생활만족도에 영향을 주는 것으로 나타났는데, 노인의 사회활동과 삶의 만족도에서 성별에 상관없이 모든 노인들에게 있어서 사회참여의 정도는 생활만족도에 영향을 미치고(임현숙, 2008), 여가시간을 활동적으로 보내는 노인들이 삶에 대한 만족이 높게 나왔다는(이선정, 2008)결과를 지지해주고 있었다.

김순기와 유영주(2000)는 여가를 두 가지로 나누어 설명하였는데, 청장년들의 여가는 사회적·가정적 역할을 추구하는 도중에 가지게 되는 여유시간으로 노동을 전제로 하는 여가인데 반해, 노인의 여가는 노동을 전제로 하지 않는 ‘여가를 위한 여가’라고 말하였고, 노인의 매일의 생활전체라고 하였다. 본 연구에서 대상자 대부분(91.1%)은 무직이었고, 여가활동 비율은 여가활동을 하는 사람이 58%, 여가활동을 안하는 사람이 42%로 나왔고, 생활만족도에서도 차이를 보여줬다. 또한 여가활동을 하는 군에서는 노인여가복지시설(노인복지관, 경로당, 노인교실)을 이용하는 노인의 생활만족도가 유의하게 높게 나왔는데, 이는 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 변수가 외로움이고, 여가활동 형태에 따라 외로움에도 차이가 있다는 연구결과와 일맥상통한다.

교육수준에 따른 생활만족도의 차이는 월평균 소득을 통제하였을 때 교육수준이 생활만족도와 직접적 관련이 없는 것으로 나타나 교육수준과 생활만

족도간에 정적인 관계가 있다는 선행연구(김경숙, 2004; 김기태 등, 2000; 송연수, 2002; 장현과 이철우, 1996)와 차이를 보이는 결과가 나왔다.

대상자의 경제상태는 월평균소득을 기준으로 한 객관적 경제수준과 주관적 경제수준 모두에서 생활만족도에서 유의한 차이가 있었다. 이는 선행연구(김경숙, 2004; 서미경과 김연석, 1995; 송연수, 2002; 임현숙, 2008)의 결과를 뒷받침해주는 결과로 노인에게 경제상태는 생활만족도를 설명해 주는 큰 변수임을 확인하였다. 경제상태에 관한 연구들을 살펴보면, 노인의 경제적 빈곤은 일시적이고 한시적인 생활사건이기보다 지속적이라는 점에서 만성적인 생활곤경을 설명해주는 변인으로 많이 사용되고 있으며, 연구 결과들에서 경제적 안정은 노인의 생활만족도를 높이는데 큰 영향력이 있고, 사회관계에도 보다 적극적으로 참여하게 하며, 경제적 불안정은 심리적 불안과 생활에 대한 부정적인 견해를 갖게 한다고 나타났다(정혜정, 2000 재인용).

본 연구에서는 대상자의 경제수준을 의료보장 구분, 최저생계비를 기준으로 하는 월평균 소득, 주관적 경제 수준으로 보았다. 월평균 소득과 주관적 경제 수준에 따라 대상자의 건강수준과 생활만족도에 차이가 있었지만, 의료보장 형태에 따른 차이는 없었다. 이는 주관적 경제수준이 ‘매우 나쁘다’고 응답한 대상자는 의료급여 대상자 건강관리가 되었다는 결과로 볼 수도 있으나, 월평균소득이 최저생계비 이하의 여성독거노인이 119명(90.8%)에 해당하고 평균수입이 건강수준과 생활만족도에 영향을 미친다는 결과로 보았을 때 지역사회 내 노인을 대상으로 하는 건강관리 프로그램에서 여성독거노인에 대한 다양하고 포괄적인 접근이 필요함을 시사한다고 볼 수 있겠다.

주요변수들과 생활만족도의 상관관계를 보면 생활만족도는 한 달 평균 수입, 가깝게 느끼는 사람 수와 낮은 정 상관관계, 주관적 경제수준, 사회적 지지, 건강행위, 신체적 기능과 중간정도의 정 상관관계가 있었다. 통증과 중간정도의 역 상관관계, 외로움, 우울과 강한 역 상관관계가 있었다.

본 연구 결과 여성독거노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인은

외로움, 우울, 주관적 경제수준, 여가활동 형태이며, 이 변수들의 설명력은 73%였다. 그 중 외로움의 설명력이 가장 크게 나타난 것은 노화로 인한 사회적 기능의 상실과 함께 독거로 인한 주변과의 단절, 고립으로 인해 생활만족도에 영향을 미쳤으리라 판단된다. 본 연구 결과를 통해 외로움과 우울은 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인이며, 외로움과 우울의 관리는 여성독거노인의 생활만족도를 향상시킬 수 있는 중재 방안을 확인할 수 있었다.

결론적으로 여성독거노인의 생활만족도를 향상시키기 위해서는 간호계획 및 중재 시 대상자의 경제상태를 고려하여야 하며, 특히 외로움과 우울을 관리할 수 있는 중재 개발 및 정책의 시행이 필요하다고 생각한다. 여가활동 형태에 따라 생활만족도 뿐 아니라, 신체적 기능과 외로움에도 차이가 있었는데, 노인여가복지시설을 이용하는 군에서 유의하게 생활만족도에 영향을 미치는 점으로 보았을 때, 비슷한 또래 집단에서 이루어지는 여가활동은 독거노인의 부족한 사회적 기능을 충족시켜줌과 동시에 생활만족도에도 영향을 미친다고 볼 수 있을 것이다. 상대적으로 신체적 기능이 낮은 노인들도 이용할 수 있는 지역사회 내 노인정은 다양한 건강프로그램이 부족한 실정이다. 이는 노인여가복지시설에서의 건강행위와 관련한 다양한 건강프로그램이 필요함을 나타낸다.

3. 연구의 제한점 및 의의

본 연구의 수행 및 결과에 있어서 다음의 제한점이 있다.

- 1) 본 연구는 서울 소재 1개 구에서 임의로 5개동을 선정해 대상자를 편의표출하여 전체 도시 재가 여성독거노인으로 확대 적용하는 데 제한이 있다. 비록 대상자의 의료보장 형태 비율로 대표성을 유지하려고 하였으나, 사회경제적 수준은 건강과 생활만족도에 크게 영향을 미치

는 요인으로 사회경제적 수준에 따른 건강수준과 생활만족도를 설명하는 데 한계가 있을 수 있다.

- 2) 본 연구에서 생활만족도는 인구사회학적 요소, 사회적 지지, 건강행위, 건강수준으로 설명하였다. 인구사회학적 요소에 따른 사회적 지지, 건강행위의 영향을 고려하지 않았기 때문에 결과를 일반화하는 데 한계가 있다.

본 연구의 간호학적 의의는 다음과 같다.

다양한 측면을 갖는 건강의 개념과 측정변수에 대한 설명은 다양하고 영향요인 또한 다양하다. 건강수준을 다차원적으로 해석하여 도시 여성독거노인의 삶의 지표로 건강수준과 생활만족도에 관련 변수를 개념화하려는 시도를 하였다.

경제수준은 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인임을 확인하였고, 평균소득이 최저생계비 이하인 여성독거노인이 기초생활수급자 대상(35.1%) 보다 많은 90.8%에 해당하는 결과로 보았을 때 지역사회 내 노인을 대상으로 하는 건강관리 프로그램 대상자를 확대할 근거자료를 제시하였다는 점에서 의의가 있다고 본다.

노인여가복지시설을 이용하는 집단에서 외로움, 생활만족도에 유의한 차이가 있다는 것을 확인할 수 있었고, 지역사회 내 노인정을 중심으로 한 프로그램 활성화와 간호중재가 개입할 필요성이 제기되었다.

XII. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구의 목적은 도시 재가 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도를 파악하고 여성독거노인의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 변인들을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

자료수집 기간은 2011년 7월 말부터 2011년 9월 초까지이며, 연구 대상자는 서울시 S구 5개동에 거주하는 여성독거노인을 편의추출하였으며, 대상자는 총 131명이었다.

연구도구는 최성재(1986)의 삶의 만족도 측정도구, 한국형 노인 건강 상태 평가 도구(신호철 등, 2002), 김옥수(1997)가 변안한 Revised UCLA Loneliness Scale, K-GDS Short Form(기백석, 1996), K-MOS-SSS(임민경, 2002), 노인의 건강행위 측정도구(구미옥 등, 2003)를 사용하였으며, 수집된 자료는 SPSS를 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차, Pearson's correlation coefficient를 구하였고, t-test, ANOVA, 공분산분석, 다중회귀분석으로 분석하였다.

구체적인 연구결과는 다음과 같다.

1. 연구 대상자의 평균 연령은 78.5세이었으며, 75세 이상 비율이 75.6%이었으며, 독거기간은 평균 24.0년이었다. 독거이유는 사별(77.9%)이 가장 많았다. 종교를 가지고 있는 사람이 78.6%이었고, 교육수준은 대상자의 47.3%가 무학으로 가장 많았다. 대상자의 한 달 평균 수입은 36만 3천원으로, 1인 가구 최저생계비 기준 최저생계비 이하인 사람이 90.8%이었다. 주관적 경제 수준은 '보통 이상이다'로 응답한 사람이 43.5%로 많았다. 여가활동 형태는 노인여가복지시설을 이용하는 사람이 16.0%, 노인여가복지시설 외 42.0%, 없음이 42.0%이었다.

연구 대상자 중 77.8%의 사람이 통증을 느낀다고 응답하였으며, 평균 보유 질환 수는 2.9개이었다. 대상자의 사회적 지지는 가깝게 느끼는 사람 수가 평균 2.5명이었고, 기능적 사회적지지의 평균 점수는 45.9점이었다. 건강행위는 평균 2.8점이었다

2. 신체적 기능은 55.2점으로 중간보다 약간 낮았으며 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 연령, 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적 지지, 건강행위와 정 상관관계가 있었다.

3. 통증은 총 10점 중 5.4점으로 중간이상의 통증 정도를 호소하였고, 주관적 경제수준에 따라 차이가 있었다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적 지지, 건강행위와 낮은 역 상관관계가 있었다.

4. 외로움은 총 49.6점으로 중등도의 외로움을 나타내었고, 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적 지지, 건강행위와 중간이상의 역 상관관계가 있었다.

5. 우울은 총 9.5점으로 중간이상의 우울을 나타내었고, 평균수입, 주관적 경제수준에 따라 통계적으로 차이가 있었다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적지지, 건강행위와 역 상관관계가 있었다.

6. 생활만족도는 총 46.7점으로 중간정도의 만족도를 나타내었고, 평균수입, 주관적 경제수준, 여가활동 형태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 가깝게 지내는 사람 수, 기능적 사회적지지, 건강행위, 신체적 기능과 정 상관관계가 있었고, 통증, 외로움, 우울과는 역 상관관계를 보였다.

7. 도시 재가 여성독거노인의 생활만족도에 영향을 미치는 중요 요인은 외로움, 우울, 주관적 경제수준, 여가활동 형태이며, 이 변수들의 설명력은 73%였다. 즉 여성독거노인의 생활만족도는 외로움과 우울이 낮을수록, 주관적 경제수준이 높을수록, 여가활동을 하지 않는 군보다는 노인여가복지 시설에서 여가활동을 하는 군에서 생활만족도가 높았다.

2. 제언

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 여성독거노인은 중간이하의 신체적 기능, 지속적인 통증, 보통이상의 우울, 외로움을 느끼는 것으로 나타났으므로 이를 관리하기 위한 간호중재 개발과 적용이 필요하다.

둘째, 여성독거노인의 경제수준은 건강수준과 생활만족도의 주요 영향요인임을 확인하였고, 월평균소득이 최저생계비 이하의 여성독거노인이 기초생활수급자 보다 많은 90.8%에 해당하고 평균수입이 건강수준과 생활만족도에 영향을 미친다는 결과로 보았을 때 지역사회 내 노인을 대상으로 하는 건강관리 프로그램에서 여성독거노인에 대한 다양하고 포괄적인 접근이 필요함을 시사한다. 또한 일정수준의 경제적 수준을 확보할 수 있는 일자리 창출과 경제적 지원방안을 강구할 필요가 있다.

셋째, 노인여가복지시설에서의 여가활동이 건강수준과 생활만족도에 유의한 영향을 준다는 것을 확인하였고, 상대적으로 신체적 기능이 낮은 노인들도 이용할 수 있는 지역사회 내 노인정을 중심으로 한 다양한 건강프로그램이 필요할 것으로 사료된다.

넷째, 여성독거노인의 건강수준과 생활만족도 영향요인을 밝혀내기 위한 추후 연구가 필요하다. 인구사회학적 요소에 따른 사회적 지지, 건강행위의 영향을 고려한 연구 및 건강수준의 매개효과 등을 고려한 추후 연구를 제안한다.

참고문헌

- 강상경, 권태연 (2008). 사회경제적 지위가 우울수준에 미치는 영향의 생애 주기별 차이에 대한 탐색적 고찰. *정신보건과 사회사업*, 30(1), 332-355.
- 고승덕 (1995). 노인의 삶의 질을 결정하는 요인 추출에 관한 연구. *이화여자대학교 대학원 박사학위논문*.
- 구미옥, 김주현, 김증임, 김희자, 김현숙, 오진주, 은영, 송미순 (2003). 한국 노인의 건강행위 수행 방해 요인에 대한 연구. *노인간호학회지*, 5(2), 117-126.
- 기백석 (1996) 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. *신경정신의학*, 35(2), 298-307.
- 김정희, 정혜경, 최미혜, 권혜진 (2000). 만성통증을 지닌 노인의 자기효능과 삶의 질에 관한 연구. *기본간호학회지*, 7(2), 332-344.
- 김기태, 박봉길 (2000). 독거노인의 생활만족도와 사회지지망 : 지역복지관의 서비스를 제공받고 있는 노인을 중심으로. *한국노년학회*, 20(1), 153-168.
- 김명자 (1982). 노인의 생활만족도에 관한 연구. *대한가정학회지*, 20(3), 45-54.
- 김명희 (2005). 노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 자아존중감, 가족결속도, 사회참여도, 사회적지지도를 중심으로. *숭실대학교 대학원 석사학위논문*.
- 김순미 (2000). 노인의 고독에 대한 개념분석. *삼육대학교 논문집*, 31, 201-210.
- 김옥수 (1997). 외로움 (Loneliness) 의 개념 분석. *간호과학*, 9(2), 28-37.
- 김옥수 (1997). 한국어로 번역된 UCLA 외로움 사정도구의 신뢰도 및 타당도 조사. *대한간호학회지*, 27(4), 871-879.

- 김옥수, 백성희 (2003). 노인의 외로움과 사회적지지, 가족기능간의 관계 연구. *대한간호학회지*, 33(3), 425-432.
- 김재돈, 남철현 (1997). 노인의 생활 만족도와 이에 영향을 미치는 요인. *대한보건협회학술지*, 23(2), 173-192.
- 김정순, 권자연 (1996). 요양원 노인의 신체적, 인지적, 사회적 기능상태에 관한 연구. *지역사회간호학회지*, 7(2), 216-228.
- 김정아, 정승교 (1997). 일 지역사회 노인의 건강상태 및 건강행위에 관한 조사. *한국노년학*, 17(3), 144-176.
- 김태현, 이동숙, 정혜정 (2000). 독거 여성노인의 생활만족도 연구. *한국노년학*, 20(2), 49-70.
- 김화중, 윤순녕, 전경자, 김숙영, 김춘미, 김현숙, 등 (2010). 지역사회간호학. *경기도 : 수문사*.
- 김희경, 이현주, 박순미 (2010). 여성독거노인의 삶의 질 영향요인. *한국노년학*, 30(2), 279-292.
- 림금란, 김희경, 안정선 (2011). 여성독거노인의 우울과 삶의 질과의 관계: 사회적 지지, 사회적 활동의 조절효과 및 매개효과. *한국노년학*, 31(1), 33-32.
- 박경란, 제미경, 오찬옥 (1996). 결혼상태에 따른 노년기 생활적응 비교연구. *인제논총*, 12(2), 637-656.
- 박미선 (2001). 홀로된 여성노인의 사회적 지원망이 생활만족도에 미치는 영향. *한림대학교 대학원 석사학위논문*.
- 박영주, 정혜경, 안옥희, 신행우 (2004). 노인의 외로움과 건강행위 및 자아 존중감의 관계. *노인간호학회지*, 6(1), 91-98.
- 박재간 (1995). 고령화 사회의 위기와 도전. *서울: 나남출판*.
- 박충선 (1998). 노년기의 생활시간과 생활만족도에 관한 연구. *한국노년학*, 18(2), 30-46.
- 박현선 (2000). 독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 대한 비교. *전북대학교 대학원 석사학위논문*.

- 박혜숙, 이금재 (2007). 원저 : 여성노인의 건강행위, 신체기능과 삶의 만족도에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 13(2), 115-122.
- 백선숙 (2005). 여성독거노인의 삶의 질 모형 구축. *중앙대학교 대학원 박사학위논문*.
- 서연숙 (2011). 중고령자의 사회경제적 지위에 따른 건강행위와 건강수준 연구. *가톨릭대학교 대학원 박사학위논문*.
- 서전 (1992). 중년기 가족의 노부모 부양행동 및 노후준비에 관한 연구. *계명대학교 대학원 석사학위논문*.
- 성미혜, 임영미, 주경숙 (2011). 여성 독거노인의 사회적 지지와 외로움. *한국보건간호학회지*, 25(1), 95-106.
- 손신영 (2006). 농촌 노인의 삶의 질 모형구축. *서울대학교 대학원 박사학위논문*.
- 송연수 (2002). 노인의 사회적지지, 자아존중감, 생활만족에 관한 상관연구. *한양대학교 대학원 석사학위논문*.
- 송준아, 장성옥, 임여진, 이숙자, 김순용, 설근희 (2007). 노인 외로움이 영향요인 분석. *기본간호학회지*, 14(3), 371-381.
- 신경림, 김정선 (2004). 도시지역 여성노인의 건강관심도, 주관적 건강평가, 건강상태 및 건강증진행위와의 관계연구. *한국간호과학회*, 34(5), 869-880.
- 신혜숙 (2001). 배우자 유무에 따른 여성노인의 자아존중감, 건강상태 및 생활만족도에 관한 연구. *대한간호학회지*, 31(6), 1119-1128.
- 신호철, 김철환, 조비룡, 원장원, 송상옥, 박영규, 윤영호, 정승필 (2002). 한국형 노인 건강 상태 평가 도구의 개발. *가정의학회지*, 23(4), 440-457.
- 심영미 (2001). 우리나라 독거 노인의 생활안정대책에 관한 연구. *경희대학교 대학원 석사학위논문*.
- 안미향 (2005). 일 독거노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구. *연세대학교 대학원 석사학위논문*.

- 옥진미 (2002). 독거여성노인의 사회적 지원망의 생활만족도에 미치는 영향. *경기대학교 대학원 석사학위논문*.
- 원형중 (1994). 여가활동 참여가 수도권 거주 노인의 고독감, 여가만족, 생활만족에 미치는 영향. *한국노년학회, 14*(2), 90-104.
- 유광수, 박현선 (2003). 독거노인과 가족동거노인의 건강상태에 관한 비교 연구. *한국노년학, 23*(4), 163-179.
- 육미경 (1998). 통증이 있는 노인의 일상생활활동과 자기효능 및 지각된 사회적 지지. *경북간호과학지, 2*(2), 57-69.
- 윤종률 (2000). 연수강좌 : 포괄적 노인건강평가의 유용성과 도구들. *대한가정의학회*.
- 이가영, 박태진 (1997). 원저 : 노인에서의 건강행위와 신체적 건강상태의 관련성. *가정의학회지, 19*(7), 538-548.
- 이광수 (2004). 노인의 신체적 건강 상태가 생활만족도에 미치는 영향. *순천향자연과학연구, 10*(2), 523-530.
- 이명숙 (2003). 일 지역 독거 노인의 간호요구에 영향을 미치는 요인. *대한간호학회지, 33*(6), 812-819.
- 이상매, 최수일 (2012). 여성노인의 건강증진행위가 생활만족도에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지, 12*(7), 203-214.
- 이선훈 (1996). 노인이 인지하는 건강과 운동의 의미에 관한 연구. *한양대학교 대학원 석사학위논문*.
- 이영석 (1996). 일부 농촌지역 재택노인들의 일상생활 활동 및 우울정도. *경북대학교 대학원 석사학위논문*.
- 이영자 (1989). 한국노인의 건강사정도구 개발에 관한 일 연구. *이화여자대학교 대학원 박사학위논문*.
- 이종화 (2005). 여성독거노인의 우울과 자아존중감 및 건강증진행위. *정신간호학회지, 14*(2), 109-118.
- 이진석 (2010). 독거노인에 대한 사회적 지지가 생활만족도에 미치는 영향. *대구대학교 대학원 석사학위논문*.

- 이효재, 지순, 박민자 (1979). 한국 저소득층 노인생활에 관한 사회·경제 및 공간문제 연구. *한국문화연구원 논총*, 34(1), 239-288.
- 임민경 (2002). 일부 도시 저소득층의 사회적 지지와 건강의 관계. *서울대학교 대학원 석사학위논문*.
- 장동민 (1996). 사회계층별 의료서비스 분배의 형평성에 관한 연구. *서울대학교 대학원 박사학위논문*.
- 장숙희 (2006). 노인의 건강 상태, 사회적 지지와 생활만족도와의 관계. *노인간호학회지*, 8(1), 36-46.
- 전예슬 (2009). 가구유형에 따른 한국 노인의 건강상태 비교 연구. *이화여자대학교 대학원 석사학위논문*.
- 전혜정 (2006). 노년기 종교활동이 정신건강에 미치는 효과에 있어서의 성차. *생활과학논집*, 20(1), 1-11.
- 정춘선 (2005). 한국형 노인 건강 상태 평가도구를 이용한 일부 서울지역 재가노인 건강 실태와 관련된 요인. *가톨릭대학교 대학원 석사학위논문*.
- 정혜정, 김태현, 이동숙 (2000). 독거 여성노인의 생활만족도 연구. *한국노년학*, 20(2), 49-70.
- 조경옥 (2002). 무의탁 독거 여성노인의 생활만족도에 관한 연구. *노인복지연구*, 17(1), 85-125.
- 조동숙 (2006). 도시 여성노인의 주관적 건강상태. *여성건강간호학회지*, 12(1), 61-69.
- 최성재 (1986). 노인의 생활만족도척도 개발에 관한 연구. *한국문화연구원 논총*, 49(1), 233-258.
- 최영희, 성명숙, 신윤희, 이지숙, 정승은 (1992). 한국노인의 사회적 건강사정 도구개발과 사회적 건강상태에 관한 연구. *성인간호학회지*, 4(2), 113-135.
- 한국보건사회연구원, 정경희, 이윤경, 이소정, 오영희, 손창균, 등 (2007). 2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연

- 구. 서울 : 한국보건사회연구원.
- 한내창 (2002). 종교성이 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구. *한국사회학*, 36(3), 157-182.
- 한혜경, 이유리 (2009). 독거노인의 정신건강 수준과 영향요인. *한국노년학*, 29(3), 805-822.
- 허선영 (2003). 저소득층 독거노인의 사회적 관계망과 생활만족도. *서울대학교 대학원 석사학위논문*.
- 홍순혜 (1984). 활동이론에 따른 한국노인의 생활만족도에 따른 실증적 연구. *서울대학교 대학원 석사학위논문*.
- 보건복지부 (2012). 2011년도 노인실태조사. 서울 : 보건복지부.
- 한국보건사회연구원, 오영희, 석재은, 권중돈, 김정석, 박영란, 등 (2005). 노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구 : 여성, 농어촌, 독거노인의 생활실태를 중심으로. 서울 : 한국보건사회연구원.
- 한국통계청 (2010). 통계로 보는 여성의 삶. 대전 : 통계청.
- 성북구청통계연보(<http://www.seongbuk.go.kr/site/nkr/annualreport/2011>)
- 통계청(<http://kostat.go.kr>)
- Badger, T. A. (2001). Depression, psychological resources, and health-related quality of life in older adults 75 and above. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7(3), 189-200.
- Birren, J. E. & Renner, V. J. (1980). Concepts and Issues of Mental Health and Aging. *Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall*, 4-33.
- Blaxter, M. (1987). Evidence on inequality in health from a national survey. *The Lancet*, 330(8549), 30-33.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of the stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Cross- cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta*

Psychiatry Scand, 87, 369-373.

- Donaldson, J. M., & Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people : an important area for nursing research. *Journal of Advanced nursing*, 24, 952-959.
- Harvighurst, R. J. (1977). A social psychological persepective on aging, Let's learn about aging. *New York : Schenkman pub.* 139-148.
- Kalish, R. A. (1975). Adulthood : perspective on human development. *Berkeley Cole Pub.*
- Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3037-3046.
- Larson, J. S. (1991). The measurment of health : concepts and indicators. *Greenwood Press*, 1-14.
- Liang J. (1986). Self-reported physical health among aged adults. *Journal of Gerontology*, 41(2), 248-260.
- Medley, M L ML. (1976). Satisfaction with life among persons sixty-five years and older. A causal model. *Journal of Gerontology*, 31(4), 448-455.
- Neugarten, B., Havighurst R., & Tobin, S. (1961). The measurment of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-14.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. & Carrieri, V. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Park, J., Roh, S., & Yeo, Y. (2012). Religiosity, social support, and life satisfaction among elderly korean immigrants. *Gerontologist*, 52(5), 641-649.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In M. Cook & G. Wilson

- (Eds.), Love and attraction. *Oxford, England: Pergamon Press.*
- Peplau, L. A. & Perlaman, D. (1982). Perspectives on loneliness : A source book of current theory. *Research and Therapy*, pp. 1-8.
- Perry, G. R. (1990). Loneliness and coping among tertiary-level adults cancer patients in the home. *Cancer Nursing*, 13(5), 293-302.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233.
- Schank MJ, Lough MA. (1989). Maintaining health and independence of elderly women. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(6), 8-11.
- Şener, A., Oztop, H., Döan, N., & Guven, S. (2008). Family, close relatives, friends: Life satisfaction among older people. *Educational Gerontology*, 34(10), 890-906.
- Shearer, R., & Davidhizar, R. (1994). It can be never be the way it was : helping elderly women adjust to change and loss. *Home Health Care Nurse*, 12(4), 60-65.
- Snowdon, J., & Baume, P. (2002). A study of suicide of older people in Sidney. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 261-269.
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide

- ideation and parasuicide : A population wide study. *Suicide Life Threat Behavior*, 31(1), 32-40.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L. & Rose, T. I. (1983). Development and Validation of Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary report. *Journal of Psychiatric Review*, 17(1), 37-49.
- Weiss, R. (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. *Cambridge, Mass. : MIT Press*.
- Worobey JL, Angel RJ. (1990). Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. *Journal of Gerontology*, 45(3), 95-101.

부록. 설문조사도구

안녕하세요?

저는 서울대학교 간호대학 석사과정 중에 있는 강경희입니다.

본 설문지는 홀로 사는 어르신들의 건강수준은 어떠하며, 생활에 어느 정도 만족하고 계신지에 대한 것입니다.

어르신께서 응답하신 내용은 순수하게 연구목적으로만 사용할 것이며, 철저히 비밀을 보장할 것을 약속드립니다. 각각의 질문에는 옳고 그른 정답이 없기 때문에 어르신이 생각하고 느끼시는 그대로 대답해 주시면 됩니다.

본 설문지에 담긴 어르신들의 답변은 모두 귀중한 연구 자료가 될 것입니다. 수고스러우시더라도 한 문장도 빠짐없이 솔직하게 평소 생각대로 대답해 주시기를 부탁드립니다.

어르신의 도움에 진심으로 감사드리며, 건강과 행복을 기원합니다.

2011년 7 월

서울대학교 간호대학 석사과정생 강경희

I. 먼저 어르신의 일반적인 사항에 대한 질문을 드리겠습니다.

1. 어르신의 연세는 어떻게 되십니까? _____세

2. 몇 세에 홀로되셨습니까? _____세

3. 홀로되신 사유는 무엇입니까?

- ① 사별 ② 별거/이혼 ③ 독신(미혼) ④ 기타

4. 어르신의 종교는 무엇입니까?

- ① 기독교 ② 불교 ③ 천주교
④ 없다 ⑤ 기타_____

5. 어르신이 받으신 정규교육은 어디까지입니까?

- ① 무학 ② 초등학교 ③ 중학교
④ 고등학교 ⑤ 대학교 이상

6. 어르신은 어떤 건강보험에 가입되어 있습니까?

- ① 지역의료보험 ② 의료급여 1종
③ 의료급여 2종 ④ 직장의료보험 ⑤ 미가입

7. 어르신의 한 달 평균수입은 어느 정도입니까? 총 _____만원

8. 어르신의 주 수입원은 무엇인지 순서대로 두 가지를 말씀해 주십시오.

- ① 기초노령연금 ② 국민기초생활보장급여
③ 국민연금 ④ 공무원 연금, 사학연금
⑤ 자녀 용돈 ⑥ 근로소득
⑦ 기타소득 _____

9. 어르신의 현재 주택의 소유는 어떤 형태 입니까?

- ① 자가 ② 전세
③ 월세 ④ 기타 _____

10. 어르신의 경제 상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 아주 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통이다
④ 좋다 ⑤ 아주 좋다

11. 어르신이 여가활동을 하는 곳은 주로 어디입니까?

- ① 노인정, 경로당 ② 계모임, 친목회 ③ 종교단체
④ 없다 ⑤ 기타 _____

A. 사회적 지지

주관식 항목					
1. 어르신은 친한 친구, 가족과 친척(함께 있으면 편안하게 느껴지고 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 사람)이 몇 명이나 있습니까?	() 명				
객관식 항목	전혀 없다	거의 없다	약간 있다	대부 분 있다	항상 있다
2. 어르신이 병상에 누워 있을 때 도와줄 사람이 있습니까?					
3. 어르신이 대화를 나누고 싶을 때 말을 들어줄 수 있는 사람이 있습니까?					
4. 어르신이 어떤 위기에 닥쳤을 때 조언을 해줄 사람이 있습니까?					
5. 어르신이 아플 때 의사에게 데려갈 사람이 있습니까?					

6. 어르신에게 사랑과 호감을 보이는 사람이 있습니까?					
7. 어르신과 함께 즐거운 시간을 보낼 사람이 있습니까?					
8. 어르신이 어떠한 상황을 이해하는데 도움이 되는 정보를 주는 사람이 있습니까?					
9. 어르신의 문제에 대하여 얘기를 하거나 믿고 의논할 사람이 있습니까?					
10. 애정을 가지고 어르신을 안고 등을 도닥거려줄 사람이 있습니까?					
11. 어르신과 함께 휴식을 즐길 사람이 있습니까?					
12. 어르신이 직접 식사를 준비할 수 없을 때 대신 음식을 만들어 줄 사람이 있습니까?					
13. 어르신이 진정으로 조언을 듣고 싶은 사람이 있습니까?					
14. 어르신이 근심을 잊을 수 있도록 도와줄 사람이 있습니까?					
15. 어르신이 아플 때 일상의 집안일을 도와줄 사람이 있습니까?					
16. 어르신의 가장 개인적인 근심과 두려움을 함께 나눌 사람이 있습니까?					
17. 어르신의 개인적인 문제를 해결하기 위한 조언을 구할 사람이 있습니까?					
18. 어르신과 즐거운 것을 함께 할 사람이 있습니까?					
19. 어르신의 문제를 이해해 주는 사람이 있습니까?					
20. 어르신을 사랑하고 필요하다고 생각하는 사람이 있습니까?					

B. 건강행위

문 항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그런편 이다	항상 그렇다
1. 하루에 세 번 규칙적으로 밥을 먹는다.				
2. 음식을 골고루 먹는다.				
3. 음식을 되도록 싱겁게 먹는다.				
4. 지방과 콜레스테롤이 적은 음식을 먹는다.				
5. 섬유질이 많은 곡류, 채소, 과일을 잘 먹는다.				
6. 칼슘이 풍부한 음식 또는 칼슘보충제를 먹는다.				
7. 일주일에 3번에서 5번 정도 규칙적인 운동을 한다.				
8. 운동을 할 때 30분 이상 한다.				
9. 술을 마시지 않는다.				비 음주자
10. 담배를 피우지 않는다.				비 흡연자
11. 스트레스가 생기면 적절하게 해소한다.				
12. 정기적으로 건강검진을 받는다.				
13. 독감 같은 예방접종을 미리 받는다.				

II. 다음은 어르신의 건강상태에 대한 질문입니다.

A. 질병보유

어르신이 현재 앓고 계신 질병이나 증상이 있는 대로 해당란에 ☑표로 표시
해주세요.

항목	질병명	현재 앓고 있음	질병기간	의사 진단 여부	치방 약 복용 유무
순환기 질환	1) 고혈압		년 개월		
	2) 저혈압		년 개월		
	3) 뇌졸중(중풍)		년 개월		
	4) 고지혈증		년 개월		
	5) 협심증/심근경색증		년 개월		
내분비계	6) 당뇨병		년 개월		
	7) 갑상선 질환		년 개월		
근골격계	8) 골관절염 또는 류마티스관절염		년 개월		
	9) 골다공증		년 개월		
	10) 요통, 좌골신경통		년 개월		
호흡기계	11) 만성기관지염, 폐기종		년 개월		
	12) 천식		년 개월		
	13) 폐결핵, 결핵		년 개월		
감각기질환	14) 백내장		년 개월		
	15) 녹내장		년 개월		
	16) 만성중이염		년 개월		
암	17) 진단명 :		년 개월		
소화기질환	18) 위십이지장 궤양, 위염		년 개월		
	19) 간염		년 개월		
	20) 간경변		년 개월		
요생식기	21) 요실금		년 개월		
	22) 만성신부전		년 개월		
기타	23) 빈혈		년 개월		
	24) 피부병		년 개월		
	25) 우울증		년 개월		
	36) 골절, 탈골 및 사고 후유증		년 개월		
기타 질환	37) 질병명 :		년 개월		

B. 신체적 기능

지난 한 달간 어르신은 건강문제 때문에 다음과 같은 활동을 하는데 얼마나 힘이 드셨습니까?

문 항	항상 그렇다	자주 그렇다	보통 이다	별로 그렇지 않다	항상 그렇지 않다
1. 가파른 언덕길이나 계단을 오르내리기가 힘들고 한 번 쯤 쉬어야 올라갈 수 있다.					
2. 혼자서는 멀리 걸을 수가 없고 지팡이가 있어야만 걸을 수 있다.					
3. 가족이나 친구들과 멀리 놀러가지 못하고 시내에 나가기도 힘들다.					
4. 과거에는 들 수 있었던 무거운 물건이나 짐을 들 수가 없다.					
5. 과거에는 즐겨 할 수 있었던 운동들을 할 수가 없다.					
6. 혼자서는 목욕을 하기가 힘들다.					
7. 힘이 들어서 집안 살림을 잘 하지 못한다.(빨래, 걸레질, 청소, 바느질, 설거지 등)					
8. 혼자서는 외출하기가 힘들어 경조사가 있어도 자녀나 친지의 집을 방문하지 못하거나 동네의 노인정, 복지관, 시장 등에 잘 가지 못한다.					
9. 과거에 비해서 시력이 나빠져서 책이나 신문을 잘 읽을 수가 없다.					
10. 기억력이 많이 떨어져서 중요한 전화번호 등을 잘 외우지 못한다.					
11. 혼자서는 옷을 잘 입지 못한다.					
12. 식사를 준비하는 것이 힘들어서 쉽고 간단한 식사준비만 한다.					
13. 50M이상을 뛰기가 힘이 든다.					
14. 누웠거나 앉았다가 다시 일어나기가 힘들다.					
15. 몸이 여기저기가 아파서 거동이 불편하고 자유롭게 잘 움직일 수가 없다.					

C. 우울

문 항	예	아니오
1. 어르신은 평소 자신의 생활에 만족하십니까?		
2. 어르신은 활동과 흥미가 많이 저하되었습니까?		
3. 어르신은 앞날에 대해서 희망적입니까?		
4. 어르신은 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지내십니까?		
5. 어르신은 대부분의 시간이 행복하다고 느끼십니까?		
6. 어르신은 지금 살아있다는 것이 아름답다고 생각하십니까?		
7. 어르신은 가끔 낙담하고 우울하다고 느끼십니까?		
8. 어르신은 지금 자신의 인생이 매우 가치가 없다고 느끼십니까?		
9. 어르신은 인생이 매우 흥미롭다고 느끼십니까?		
10. 어르신은 활력이 충분하다고 느끼십니까?		
11. 어르신은 자주 사소한 일에 마음의 동요를 느끼십니까?		
12. 어르신은 자주 울고 싶다고 느끼십니까?		
13. 어르신은 아침에 일어나는 것이 즐겁습니까?		
14. 어르신은 결정을 내리는 것이 수월하십니까?		
15. 어르신의 마음은 이전처럼 편안하십니까?		

D. 외로움

문 항	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	때때로 그렇다	자주 그렇다
1. 나는 내 주위 사람들과 기분이 통한다.				
2. 나는 사람들과 교제가 부족하다.				
3. 나는 의지할 사람이 한 사람도 없다.				
4. 나는 혼자라고 느끼지 않는다.				
5. 나는 친구들 모임에 속해 있다.				
6. 나는 내 주위 사람들과 많은 공통점을 가지고 있다.				
7. 나는 더 이상 아무하고도 가깝지 않다.				
8. 주위 사람들은 나의 관심사와 생각들을 나와 함께 나누지 않는 것 같다.				
9. 나는 외향적이다.				
10. 나는 가깝게 느끼는 사람들이 있다.				
11. 나는 혼자 남겨진 느낌이 든다.				
12. 사람들과 나와의 교제는 피상적이다.				
13. 어느 누구도 나를 잘 알지 못한다.				
14. 나는 다른 사람들과 소외감을 느낀다.				
15. 내가 교제를 원할 때 나는 친구들을 사귄 수 있다.				
16. 나를 진심으로 이해해주는 사람들이 있다.				
17. 나는 소외된 것 같아 슬픈 느낌이 든다.				
18. 사람들은 내 주위에 있는 것이지 진정 나와 함께 있는 것이 아니다.				
19. 나와 함께 얘기를 나눌 수 있는 사람들이 있다.				
20. 나는 의지할 사람들이 있다.				

Ⅲ. 다음 질문은 어르신께서 지금껏 살아오신 삶이나, 지금의 생활, 그리고 앞으로의 생활에 대해 어떤 생각을 가지고 계시는지에 대한 것입니다. 가신과 가장 가깝다고 느끼시는 대로 대답해 주세요.

문 항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1. 지난 평생을 돌아볼 때 후회할 일이 별로 없다.				
2. 나의 지난 평생은 성공적인 편이었다.				
3. 나는 다른 사람들보다 다복한 편이었다.				
4. 나는 동갑내기보다 어리석은 판단을 많이 내린 편이다.				
5. 내가 살아온 길을 되돌아보면 이루어 놓은 게 별로 없다.				
6. 나의 지난 평생은 힘들고 괴로워서 생각하기도 싫다.				
7. 나는 요즈음 살맛이 난다.				
8. 나이 들면서 세상 일이 생각했던 것보다 좋게 느껴진다.				
9. 요즈음이 내 인생에 있어서 가장 즐거운 때이다.				
10. 나는 현재의 생활방식에 만족한다.				
11. 매일 매일의 생활이 따분하고 지루하다.				
12. 요즈음 나는 매사가 짜증스럽고 귀찮다.				
13. 요즈음 기쁜 일보다는 슬픈 일이 더 많다.				
14. 요즈음 화내는 일만 점점 많아진다.				
15. 나는 오래오래 살고 싶다.				
16. 앞으로 살아가는데 희망이 있다.				
17. 앞으로 재미있고 즐거운 일이 많이 생길 것 같다.				
18. 앞으로 내가 할 만한 일은 거의 없을 것이다.				
19. 나는 가치 있는 일을 더 이상 할 수 없을 것이다.				
20. 더 이상 나이 먹는 것보다는 죽는 편이 낫다.				

♠ 오랜 시간동안 설문에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.

어르신의 응답내용이 연구에 잘 반영될 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

Abstract

Health Status and Life Satisfaction of Elderly Women Living Alone in Urban Areas

Kyounghee Kang

College of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Soonnyoung Yun, Ph. D.

Under the aim of enhancing the quality of life of elderly women living alone in urban areas, this descriptive survey research examines the health status and life satisfaction of subjects, and explores factors affecting their life satisfaction.

The study involved elderly women aged 65 and above living alone across five neighborhoods of district S in Seoul. A total of 131 subjects were recruited through convenience sampling. Between July 25 to September 2, 2011, interviews were conducted based on a structured questionnaire.

The instruments of this study were the Elderly Life Satisfaction Scale(Choi, 1986), KoHSME V1.0(Shin, et al., 2002), Korean version of the Revised UCLA Loneliness Scale(Kim, 1997), K-GDS Short Form (Ki, 1996), K-MOS-SSS(Im, 2002), and the Health Behavior Measurement Tool for the Elderly(Gu, et al., 2003). The collected

data was then analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, ANCOVA, correlational analysis, and multiple regression analysis. The results are as follows.

1. The elderly's state of health was measured based on physical function, pain, and depression. With a score of 55.2, physical function was slightly below average, and showed significant differences according to average income, objective economic level, and leisure activities. A normal relationship was found with age, number of close friends, functional social support, and health behavior.

The elderly expressed an above-average pain level of 5.4 (out of 10) with some differences according to objective economic level. There was an inverse relationship with the number of close friends, functional social support, and health behavior.

The elderly reported a medium level of loneliness of 49.6, and the results had statistically significant differences for various factors such as average income, objective economic level, and type of leisure activity. An above-average inverse relationship was formed with the number of close friends, functional social support, and health behavior.

Depression was a medium-high of 9.5 points, with statistical differences according to average income and objective economic level. The level of depression was inversely related to the number of close friends, functional social support, and health behavior.

2. Life satisfaction was a neutral level of 46.7, with statistically significant differences according to average income, objective economic level, and type of leisure activity. There was a normal relationship with the number of close friends, functional social

support, and physical function. Meanwhile, an inverse relationship was found with pain, loneliness, and depression.

3. From regression analysis, we found that loneliness, pain, objective economic level, and type of leisure activity were factors affecting the life satisfaction of elderly women living alone in cities. These variables had an R² of 73%. In other words, elderly women living alone had higher levels of life satisfaction for low levels of loneliness and depression, a high objective economic level, and more engagement in leisure activities at welfare facilities.

This study identified economic level as the main factor affecting the state of health and life satisfaction of elderly women living alone. As such, it is necessary to develop health management programs, create jobs that ensure a certain economic level, and expand economic support. We also confirmed that health and life satisfaction improved significantly when the elderly were involved in leisure activities at welfare facilities. Centers for senior citizens should adopt health programs and nursing intervention accordingly.

keywords : Health Status, Life Satisfaction, Elderly Women, Living Alone

Student Number : 2005-20572

감사의 글

학위논문이라는 소중한 결실을 맺기까지 수많은 고민과 난관이 부딪혔었지만 그 순간순간을 이겨낼 수 있도록 많은 애정과 관심을 가지고 격려해주신 분들이 있었기에 이 논문을 완성할 수 있었습니다. 본 논문을 마무리하기까지 큰 도움을 주신 많은 분들께 진심으로 고개 숙여 감사의 말씀을 드립니다.

부족한 저를 끊임없는 관심과 가르침으로 학문의 길로 이끌어주신 윤순영 교수님께 진심으로 감사드립니다. 귀하신 시간을 내어주시며 조언을 아끼지 않으셨던 교수님의 열정적인 모습과 많은 가르침들을 마음속에 담아 간직하겠습니다. 논리적인 사고와 연구에 대한 흥미를 일깨워주신 이인숙 교수님, 세심한 부분까지 꼼꼼하게 살펴주시며 지도해주신 송미순 교수님께 진심으로 감사드립니다.

자료수집을 하는 동안 많은 도움을 주신 신정란 님과 지역사회 어르신들께도 감사의 인사를 드립니다.

석사 과정 동안 많은 자극과 힘을 주었던 선·후배·동기 분들께 감사드립니다. 힘들 때마다 충고와 지지를 아끼지 않으셨던 임승주 선생님, 같이 공부하는 동안 큰 의지가 되었던 최숙자 선생님, 항상 따뜻한 시선으로 응원해 주셨던 현혜순, 김동옥 선생님, 같이 논문 쓰면서 동고동락했던 김향, 한송이 선생님에게 고마운 마음을 전합니다. 늘 든든한 지원자로 버팀목이 되고 힘들 때마다 지지해 주었던 최수연, 최정숙 선생님에게 깊은 감사와 사랑을 보냅니다.

그리고 부족한 저를 오랫동안 너그럽게 이해해주신 부모님께 감사드리고 무한한 사랑을 전합니다.